

dc\_372\_12

**Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások**

**DEMETROVICS ZSOLT**

**AKADÉMIAI DOKTORI ÉRTEKEZÉS**

**2013**

<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS .....</b>	<b>8</b>
<b>RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE .....</b>	<b>11</b>
<b>TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE .....</b>	<b>13</b>
<b>ÁBRÁK JEGYZÉKE.....</b>	<b>17</b>
<b>A DISSZERTÁCIÓBAN KÖZVETLENÜL FELHASZNÁLT SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE.....</b>	<b>18</b>
<b>1 HÁTTÉR ÉS CÉLKITŰZÉSEK .....</b>	<b>21</b>
<b>2 IRODALMI ÁTTEKINTÉS .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 A viselkedési addikciók spektrumszemléletét megelőlegező megközelítések .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Obszesszív-kompulzív spektrum hipotézis .....	25
2.1.2 Jutalomhiányos tünetegyüttes hipotézis .....	28
2.1.3 Az addikciók komponens modellje .....	29
<b>2.2 A viselkedési addikciók köre .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 Problémás internethasználat és internetfüggőség .....</b>	<b>33</b>
2.3.1 Definíciós kérdések .....	33
2.3.2 Az internetfüggőség típusai .....	36
2.3.3 Mérőeszközök .....	36
2.3.4 Epidemiológia .....	37
2.3.4.1 Nemi különbségek a problémás internethasználatban.....	40
2.3.4.2 Fiatalok internetfüggőségi kockázata.....	40
2.3.5 Komorbiditás.....	40
2.3.6 Az internetfüggőség következményei.....	41
2.3.7 Etiológia .....	42
2.3.7.1 Az internethasználat jellemzőinek internetfüggőséggel való kapcsolata .....	42
2.3.7.2 Az internet jellegzetességeinek hozzájárulása a problémás használatához .....	42
2.3.7.3 Internetfüggőség és személyiség .....	43
<b>2.4 Problémás online játék és függőség .....</b>	<b>44</b>
2.4.1 Az online játékok típusai .....	45
2.4.2 Definíciós kérdések és tünettan.....	46
2.4.2.1 Az online játékosok jellemzői .....	47
2.4.3 Mérőeszközök .....	49
2.4.4 A problémás online játék használat elterjedtsége .....	50
2.4.5 Komorbiditás.....	53
2.4.6 A problémás online játék következményei .....	53
2.4.7 Etiológia .....	54
2.4.7.1 Személyiségjellemzők és az online játék kapcsolata .....	54

2.4.7.2	Motivációk és az online játszás kapcsolata .....	55
2.4.7.3	A problémás használat és az online játékok strukturális jellemzői közti összefüggés .....	56
<b>2.5</b>	<b>Testedzésfüggőség .....</b>	<b>57</b>
2.5.1	Definíció és tünettan.....	57
2.5.2	A testedzésfüggőség mérése .....	59
2.5.3	Epidemiológiai vonatkozások.....	60
2.5.4	Komorbiditás.....	61
2.5.5	A testedzésfüggőség főbb jellemzői.....	61
2.5.6	A testedzésfüggőség etiológiája .....	63
<b>2.6</b>	<b>Problémás és patológiás szerencsejáték .....</b>	<b>64</b>
2.6.1	Definíció és tünettan.....	65
2.6.2	Mérőeszközök .....	66
2.6.3	Epidemiológia .....	68
2.6.4	Komorbiditás.....	71
2.6.5	A betegség lefolyása .....	72
2.6.6	A betegség következményei .....	72
2.6.7	A szerencsejátékosok tipológiai .....	72
2.6.8	A szerencsejáték motivációs háttere .....	74
2.6.9	Etiológia .....	75
<b>2.7</b>	<b>Munkafüggőség .....</b>	<b>76</b>
2.7.1	Definíció és tünettan.....	76
2.7.1.1	A munkafüggőség típusai .....	81
2.7.2	Mérőeszközök .....	82
2.7.3	Epidemiológia .....	83
2.7.4	Komorbiditás.....	83
2.7.5	A betegség lefolyása .....	84
2.7.6	A munkafüggőség következményei .....	85
2.7.7	Etiológia .....	86
<b>2.8</b>	<b>Kényszeres vásárlás .....</b>	<b>87</b>
2.8.1	Definíció és tünettan.....	87
2.8.1.1	A vásárlói típusok .....	90
2.8.1.2	A kényszeres vásárlás további jellemzői .....	91
2.8.2	Mérőeszközök .....	92
2.8.3	Epidemiológia .....	93
2.8.4	Komorbiditás.....	94
2.8.5	A betegség lefolyása .....	95
2.8.6	A betegség következményei .....	96
2.8.7	Etiológia .....	96
<b>2.9</b>	<b>A viselkedési addikciók egységes szemlélete mellett szóló eddigi eredmények .....</b>	<b>99</b>
<b>2.10</b>	<b>Következtetések és célkitűzések .....</b>	<b>101</b>
<b>3</b>	<b>MÓDSZER .....</b>	<b>102</b>
<b>3.1</b>	<b>I. vizsgálat – Online adatfelvétel a problémás internethasználat jelenségéről .....</b>	<b>104</b>
3.1.1	Minta és eljárás.....	104
3.1.2	Eszközök.....	104
3.1.3	A minta szociodemográfiai jellemzői .....	105

<b>3.2</b>	<b>II. vizsgálat – Középsiskolás adatfelvétel a problémás internethasználat jelenségéről.....</b>	<b>106</b>
3.2.1	Minta és eljárás.....	106
3.2.2	Eszközök.....	107
<b>3.3</b>	<b>III. vizsgálat – Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) .....</b>	<b>107</b>
3.3.1	A kutatás lépései.....	108
3.3.2	A vizsgálati minta nagysága és a mintavétel stratégiája .....	108
3.3.3	Az adatfelvétel lebonyolítása.....	109
3.3.4	A felmérésben való részvétel mértéke .....	110
3.3.5	Az adatok súlyozása .....	113
3.3.6	Az OLAAP felmérésben alkalmazott adatfelvételi battéria kialakításának szempontja .....	114
3.3.7	Eszközök.....	115
<b>3.4</b>	<b>IV. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel az online számítógépes játékokról .....</b>	<b>120</b>
3.4.1	Minta és eljárás.....	120
3.4.2	Eszközök.....	121
<b>3.5</b>	<b>V. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel a testedzésfüggőségről .....</b>	<b>123</b>
3.5.1	Minta és eljárás.....	123
3.5.2	Eszközök.....	124
<b>3.6</b>	<b>VI. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel a problémás szerencsejátékról.....</b>	<b>125</b>
3.6.1	Minta és eljárás.....	126
3.6.2	Eszközök.....	128
<b>3.7</b>	<b>VII. vizsgálat – Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD 2011) 129</b>	
3.7.1	Az ESPAD-kutatások tágabb kontextusa .....	129
3.7.2	Az ESPAD-kutatások során alkalmazott standardizált módszertan .....	130
3.7.3	A 2011-es magyarországi ESPAD-kutatás lépései .....	131
3.7.4	Az adatfelvétel .....	133
3.7.5	Eszközök.....	133
3.7.5.1	A viselkedési addikciókra vonatkozó kérdések .....	134
<b>3.8</b>	<b>VIII. vizsgálat – A Problémás Internethasználat Kérdőív kínai validálása .....</b>	<b>136</b>
3.8.1	Minta és eljárás.....	136
3.8.2	Eszközök.....	136
<b>3.9</b>	<b>IX. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel a kényszeres vásárlásról.....</b>	<b>137</b>
3.9.1	Minta és eljárás.....	137
3.9.2	Eszközök.....	139
<b>4</b>	<b>EREDMÉNYEK.....</b>	<b>141</b>
<b>4.1</b>	<b>Problémás internethasználat .....</b>	<b>141</b>
4.1.1	A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) kialakítása és főbb jellemzői (I. vizsgálat) .....	141
4.1.1.1	A 18-tételes PIUQ skála és egyes szociodemográfiai jellemzők kapcsolata .....	147
4.1.1.2	A problémás internethasználat és az internethasználati jellemzők kapcsolata.....	149
4.1.1.3	A problémás internethasználat kapcsolata addiktív magatartásformákkal.....	149
4.1.1.4	A különböző súlyosságú problémaszintek meghatározása a PIUQ alapján .....	151
4.1.1.5	Diskusszió: a PIUQ kialakításával kapcsolatos eredmények .....	155
4.1.2	A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) konfirmálása különböző mintákon (II. és III. vizsgálat) .....	156

4.1.2.1	Statisztikai elemzés .....	157
4.1.2.2	A modellek tesztelése .....	159
4.1.2.3	A különböző súlyossági csoportok elkülönítése .....	163
4.1.2.4	Diszkusszió: a PIUQ kérdőív különböző mintákon történt elemzése .....	164
4.1.3	A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) rövidített változatainak kialakítása (II., III. és VII. vizsgálat) .....	164
4.1.3.1	A 9-tételes PIUQ kialakítása .....	165
4.1.3.2	A 6-tételes PIUQ kialakítása .....	165
4.1.4	A 9-tételes PIUQ validálása kínai egyetemisták mintáján (VIII. vizsgálat).....	167
4.1.5	A problémás internethasználat kapcsolata a kinézettel való elégedettséggel, a depresszióval és a szorongással (I. vizsgálat).....	169
4.1.5.1	Az elemzés elméleti háttere és célkitűzése.....	169
4.1.5.2	Statisztikai elemzések .....	171
4.1.5.3	Eredmények .....	172
4.1.5.4	Az eredmények értelmezése.....	175
4.1.6	A problémás internethasználat és a tünetskálák kapcsolata (III. vizsgálat) .....	175
<b>4.2</b>	<b>Problémás online játék .....</b>	<b>178</b>
4.2.1	Az online számítógépes játékokat játszóknak tipológiája (IV. vizsgálat) .....	179
4.2.1.1	Statisztikai elemzés .....	179
4.2.1.2	A játékosok látens profil elemzése.....	179
4.2.1.3	A játéktípusok jellemzői .....	181
4.2.1.4	Diszkusszió .....	184
4.2.2	A Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ) kialakítása (IV. vizsgálat) .....	185
4.2.2.1	Háttér és célkitűzések: a problémás online játék súlyosságának mérése.....	185
4.2.2.2	Statisztikai elemzés .....	186
4.2.2.3	A minta jellemzői.....	187
4.2.2.4	A POGQ kialakítása .....	189
4.2.2.5	A súlyossági csoportok elkülönítése: látens profil elemzés .....	195
4.2.2.6	A problémás játék határértékének meghatározása: szenzitivitás és specificitás elemzés.....	196
4.2.2.7	Diszkusszió: a POGQ kialakítása .....	197
4.2.3	A Problémás Online Játék Kérdőív rövid verziójának (POGQ-SF-12) kialakítása (VII. vizsgálat).....	198
4.2.3.1	Statisztikai elemzés .....	199
4.2.3.2	A minta jellemzői.....	200
4.2.3.3	Megerősítő faktoranalízis.....	200
4.2.3.4	Látens profil elemzés .....	204
4.2.3.5	Az optimális kritériumérték meghatározása a problémás online játék definiálásához: szenzitivitás és specificitás elemzés .....	205
4.2.3.6	Diszkusszió: a rövidített POGQ kialakításával kapcsolatos eredmények összegzése .....	207
4.2.4	Az Online Játékozás Motivációja Kérdőív (MOGQ) kialakítása (IV. vizsgálat).....	208
4.2.4.1	Statisztikai elemzés .....	208
4.2.4.2	A minta leíró jellemzői .....	209
4.2.4.3	Az MOGQ skála kialakítása .....	209
4.2.4.4	A 7-faktoros modell bemutatása .....	220
4.2.4.5	A faktorok kapcsolata egyes szociodemográfiai jellemzőkkel .....	221
4.2.4.6	Diszkusszió: az MOGQ kialakításával kapcsolatos eredmények.....	221
4.2.5	A problémás online játék és a tüneti dimenziók kapcsolata (IV. vizsgálat).....	223
<b>4.3</b>	<b>Testedzésfüggőség .....</b>	<b>225</b>
4.3.1	A Testedzés Függőség Skála (EDS) és a Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) adaptálása (III. vizsgálat) .....	225
4.3.1.1	Statisztikai elemzés .....	226
4.3.1.2	A minta jellemzői.....	227

4.3.1.3	A Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) konfirmációs elemzése .....	227
4.3.1.4	A Testedzés Függőség Skála (EDS) konfirmációs elemzése .....	227
4.3.1.5	A Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) konkurens validitása.....	229
4.3.1.6	A testedzésfüggőség prevalenciája .....	229
4.3.1.7	A Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) határértékének kiszámítása.....	230
4.3.1.8	A testedzésfüggőség prevalenciája .....	232
4.3.1.9	Diszkusszió: a testedzésfüggőség mérésével kapcsolatos eredmények .....	233
<b>4.4</b>	<b>Kóros játékszenvedély .....</b>	<b>233</b>
4.4.1	A South Oaks Szerencsejáték Kérdőív adaptálása és a szerencsejáték probléma prevalenciája Magyarországon (III. vizsgálat).....	234
4.4.1.1	Szerencsejáték-tevékenység elterjedtsége .....	234
4.4.1.2	A problémás és patológiás szerencsejáték prevalencia értékei.....	236
4.4.1.3	A problémás és patológiás szerencsejátékosok szociodemográfiai háttere .....	236
4.4.1.4	Szerhasználat és szerencsejáték .....	238
4.4.2	A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) adaptálása (VI. vizsgálat).....	241
4.4.2.1	Konfirmátoros faktoranalízis és belső konzisztencia.....	241
4.4.2.2	Konkurens validitás.....	241
4.4.2.3	A szociodemográfiai változók és a PGSI kapcsolata .....	242
4.4.3	A szerencsejáték problémával kapcsolatos eredmények diszkussziója .....	244
<b>4.5</b>	<b>Munkafüggőség .....</b>	<b>244</b>
4.5.1	A Munkafüggőség Kockázata Kérdőív adaptálása.....	244
4.5.1.1	Statisztikai elemzés .....	244
4.5.1.2	A WART faktor struktúrájának megerősítő faktoranalízise .....	245
4.5.1.3	Exploratív faktoranalízis .....	246
4.5.1.4	Az új mérési modell tesztelése: konfirmátoros faktoranalízis .....	248
4.5.1.5	A munkafüggőség látens profil elemzése.....	249
<b>4.6</b>	<b>Kényszeres vásárlás .....</b>	<b>251</b>
4.6.1	A kényszeres vásárlás három mérőeszközének adaptálása (IX. vizsgálat).....	251
4.6.1.1	Statisztikai elemzés .....	251
4.6.1.2	A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) adaptálása .....	251
4.6.1.3	Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS) adaptálása .....	252
4.6.1.4	A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) adaptálása.....	254
4.6.1.5	A kényszeres vásárlás prevalenciája .....	256
4.6.1.6	A skálák közötti kapcsolat .....	256
4.6.1.7	Diszkusszió: a három skálával kapcsolatos eredmények megvitatása .....	257
<b>4.7</b>	<b>Az egyes viselkedési addikciók együttjárása.....</b>	<b>257</b>
<b>4.8</b>	<b>Impulzivitás és kényszeresség a viselkedési addikciókban .....</b>	<b>260</b>
4.8.1	Statisztikai elemzés (III–VI., IX. vizsgálatok) .....	260
4.8.2	Eredmények .....	261
<b>5</b>	<b>DISZKUSSZIÓ.....</b>	<b>266</b>
<b>6</b>	<b>KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JÖVŐBELI FELADATOK.....</b>	<b>277</b>
<b>7</b>	<b>IRODALOM.....</b>	<b>278</b>

<b>8</b>	<b>MELLÉKLETEK.....</b>	<b>322</b>
<b>8.1</b>	<b>Az OLAAP vizsgálat módszertani bemutatásának kiegészítő táblázatai és ábrái.....</b>	<b>323</b>
8.1.1	A mintakeret eloszlása régió, településméret és korcsoport szerint (6.662.587 fő = 100%).....	323
8.1.2	A bruttó főminta elemszáma az egyes rétegekben .....	324
8.1.3	A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete .....	325
8.1.4	A standard hiba elméleti nagysága a különböző előfordulási gyakoriságok esetén a nettó mintában 326	
8.1.5	A nettó mintára vonatkozó statisztikai erő göbre.....	326
8.1.6	Az egyes rétegekben alkalmazott súlyok .....	327
8.1.7	Az OLAAP vizsgálatban, az alkoholhasználat és a dohányzás mértékének becslésére alkalmazott indikátorok.....	328
8.1.8	Az OLAAP vizsgálatban a legális és illegális pszichoaktív-szer-használat mértékének becslésére alkalmazott indikátorok .....	329
<b>8.2</b>	<b>A IV., V., VI., és IX. vizsgálatban alkalmazott kérdések és kérdőívek .....</b>	<b>330</b>
<b>8.3</b>	<b>Az V. vizsgálatban alkalmazott riportlap .....</b>	<b>331</b>
<b>8.4</b>	<b>A disszertációban bemutatásra kerülő saját kialakítású, illetve adaptált kérdőívek.....</b>	<b>332</b>
8.4.1	A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) (felnőtt-magázós verzió).....	332
8.4.2	A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) (serdülő-tegezős verzió) .....	334
8.4.3	A Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ) .....	336
8.4.4	Az Online Játékozás Motivációja Kérdőív (MOGQ) .....	338
8.4.5	A Testedzés Függőség Skála (EDS) .....	340
8.4.6	A Testedzés Addikció Kérdőív (EAI).....	341
8.4.7	A South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (South Oaks Gambling Screen, SOGS) magyar változata ....	342
8.4.8	A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) magyar változata .....	347
8.4.9	A Munkafüggőség Kockázata Kérdőív (WART).....	348
8.4.10	A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) .....	349
8.4.11	Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS) .....	350
8.4.12	A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) .....	351

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Jelen disszertáció megszületéséhez több kollégám és tanítványom munkája járult hozzá, akik a kutatások különböző fázisaiban vettek részt vagy egyéb módon támogatták a munkámat. Bár a bemutatásra kerülő kutatások mögött álló közleményekből nyomon követhetők a szakmai-tudományos hozzájárulások, illetve lábjegyzetben valamennyi kutatás bemutatásánál jelzem az abban résztvevő kollégák nevét, szeretném e helyütt is kifejezni köszönetemet a közös gondolkodásért, munkáért, segítségért.

A viselkedési addikciók témaköre mindig is érdekelt, az első jelentős lépés megtételéhez azonban Koronczi Beatrix és Nyikos Emese kezdeményezése is kellett, akik pszichológia szakos hallgatóként erősítették fel az érdeklődésem a problémás internethasználat iránt 1999-ben. Koronczi Beával ma is együtt dolgozunk az internetfüggőség terén, s a disszertációban bemutatásra kerülő több kutatás is közös munkánk; ezekbe Kökönyei Gyöngyi kolléganőm kapcsolódott be még a későbbiekben. Hasonló, kezdeményező hatással élt Ágoston Csilla, Harmath Eszter, Kertész Andrea, Reindl Antónia és Zilahy Dalma – szintén pszichológia szakos hallgatók –, akik tíz évvel később az online játékok vizsgálata felé tereltek, s váltak társaimmá az első, e területen végzett kutatásomban. Bár ők később más irányba orientálódtak (igaz Ágoston Csillával és Reindl Antóniával más témákon ma is együtt dolgozunk), az első lépéseket ezen a területen együtt tettük meg. Ezekhez a kutatásokhoz később Nagygyörgy Katalin és Pápay Orsolya doktoranduszok, illetve Mark Griffiths (Nottingham Trent University) kapcsolódott. A testedzésfüggőség terén végzett vizsgálódások elindulására nagy hatással volt Kurimay Tamás, aki egy összefoglaló tanulmány megírására kért fel 2007-ben, ezzel lendületet adva a későbbi kutatásoknak. Kurimay Tamás mellett Szabó Attila, Mark Griffiths, Berczik Krisztina és Menczel Zsuzsanna voltak társaim ezekben a kutatásokban. A kényszeres vásárlás terén elsősorban Maráz Anikóval dolgoztunk, dolgozunk együtt, míg a szerencsejátékokkal kapcsolatos kutatásokban Gyollai Ágoston, Gyepesi Áron és Balázs Hedvig lettek társaim.

Több olyan kollégát is említenem kell, akik nem csak egy-egy területen végzett kutatásokhoz járultak hozzá. Az első helyen kellett volna említenem Urbán Róbert kollégámat, akinek statisztikai-módszertani segítsége nélkülözhetetlen volt számos, a disszertációban bemutatásra kerülő kutatásban. Hasonlóan kiemelkedő mértékben, s nem csak egy-egy kutatáshoz kapcsolódóan volt társam ezekben a vizsgálatokban Kun Bernadette korábbi doktoranduszom, aki bár saját szűkebb kutatási területe más, mégis mindig szívesen csatlakozott a viselkedési addikciók területén végzett munkámhoz. Farkas Judit a vizsgálatok előkészítésében, kivitelezésében, lebonyolításában volt segítségemre az elmúlt években. Mindkettőjük segítsége nélkülözhetetlen volt számomra az elmúlt években. Szintén nélkülözhetetlen volt Eisinger Andrea, Magi Anna és Maráz Anikó segítsége, akiknek a precíz, kitartó és alapos szervezőmunkája nagyban hozzájárult több adatfelvétel sikeréhez.

Kiemelten köszönetet kell mondjak Paksi Borbálának, amiért lehetőséget teremtett az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) kutatásban való együttműködésre. Ez a vizsgálat tette lehetővé, hogy Magyarországon, de több vizsgált zavar esetében világviszonylatban is elsőként országos reprezentatív mintán vizsgáljuk az egyes viselkedési addikciókat. Jelen disszertációban az OLAAP kutatás során nyert adatok központi helyet foglalnak el. Paksi Borbálának azonban, ezen konkrét együttműködésen túl



köszönöm azt a közel két évtizedes barátságot és intenzív szakmai együttműködést is, amely szinte a teljes tudományos munkásságomban meghatározó módon jelen volt.

Hasonlóan hálás vagyok Elekes Zsuzsannának, a 2011-es Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) kutatás vezetőjének, hogy bekapcsolódhattam ebbe a kutatásba, s egyedülálló módon lehetőségünk nyílt serdülő populáción országos reprezentatív adatokat nyerni több viselkedési addikcióról, s egyúttal több mérőeszköz adaptálását és validálását is elvégezni.

Kiss Zsuzsannára (Universitetsbiblioteket i Oslo) mindig számíthattam a már-már elérhetetlennek tűnő szakirodalmak beszerzésében, Mervó Barbarára az angol nyelvű szövegek gondozásában, Pápay Orsolyára az online játékokkal kapcsolatos szakmai munkán túl, a hivatkozások kezelésében, Bazsánt Nórára a szöveg gondozásában, Rózsa Sándorra a statisztikai kérdések megbeszélésben, Wim van den Brinkre a konceptuális kérdések megvitatásában, valamint a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, illetve a Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék munkatársaira. Felbecsülhetetlen segítség volt számomra Felvinczi Katalin és Oláh Attila támogatása, akik az elmúlt több mint tíz évben mindvégig támogattak és segítettek munkámban, s a lehető legideálisabb körülményeket biztosították számomra mindehhez. Hunyady György biztatása szintén sokat jelentett számomra az elmúlt években. Sokat köszönhetek Kulcsár Zsuzsannának, aki nagy hatással volt tudományos gondolkodásomra, és Buda Bélának, akitől rengeteg szakmai és baráti támogatást kaptam az elmúlt közel két évtizedben.

Több olyan adatfelvétel is történt, ahol elengedhetetlen volt az adott helyszín tulajdonosának, üzemeltetőjének az együttműködése, segítségé. Tipikusan ez volt a helyzet a testedzésfüggőséggel kapcsolatos vizsgálatunkban, ahol az edzőtermek támogatása és együttműködése nélkül nem tudtuk volna ilyen sikeresen megvalósítani az adatfelvételt. Hasonlóan hálás vagyok a Szerencsejáték Zrt.-nek, amiért lehetővé tették a lottózókban történő adatfelvételünket, s támogattak tanácsaikkal a helyszínek kiválasztásában és szintén köszönetet kell mondjak azon plázáknak, amelyek a kényszeres vásárlásra fókuszáló kutatásunkban mutattak együttműködő partnerséget, nagyban segítve ezzel a kutatás megvalósulását. Fehérvári András segítségét és tanácsait a szerencsejáték-kutatásokkal kapcsolatosan külön ki kell emelnem.

Egyik adatfelvétel sem tudott volna megvalósulni az adatfelvételt végző kollégák nélkül. Ők részben professzionális kérdezők voltak, de szinte valamennyi vizsgálatban számíthattam hallgatók, fiatal kollégák segítségére, akiknek az elkötelezett munkája nélkül lehetetlen lett volna a kutatások megvalósítása. Mellettük Bontovics Ákos, Hajdú Gergő és Kosztolnyik Tamás nyújtottak még nélkülözhetetlen segítséget az online és offline adatfelvételek lebonyolításában, az adatok rögzítésében, kódolásában, az adatfájlok elkészítésében. Gembela Zsolt azonnali szerkesztési és nyomtatási segítségét is bármikor igénybe vehettem, ami szintén nélkülözhetetlen volt.

A felsorolás végén, de mégis kiemelt módon kell említenem családomat, feleségemet és gyermekeimet, akik szeretettel és megértéssel türték és támogatták munkámat, s akik nélkül biztosan nem lettem volna képes ezen disszertáció elkészítésére.

Az egyes kutatási projektek anyagi háttérét különböző pályázati támogatások biztosították, amelyeket az egyes kutatások bemutatásánál ismertettek. Ezeken túlmenően a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatási Ösztöndíja (2008-2011, 2012-2015) biztosított számomra anyagi támogatást.

Nagyrákos, 2013. január 19.

**RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE**

AIC	Akaike Information Criteria (Akaike Információs Kritérium)
BIC	Bayesian Information Criteria (Bayesi Információs Kritérium)
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale (Barratt Impulzivitás Skála)
BSI	Brief Symptom Inventory (a Derogatis-féle Symptom Checklist 90 – Revised Tünetlista rövidített, 53-tételes változata)
BSSS	Brief Sensation Seeking Scale (Rövid Szenzoros Élménykeresés Skála)
CBS	Compulsive Buying Scale (Kényszeres Vásárlás Skála)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Depresszió Kérdőív)
CFI	Comparative Fit Index (Komparatív Illeszkedési Mutató)
CSS	Compulsive Spending Scale (Kényszeres Költség Skála)
L-M-R Test	Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test (Lo-Mendell-Rubin Valószínűségi Hányados Teszt)
MMOFPSG	Massively multiplayer online first person shooter games (nagyon sok szereplős online belső nézetű „lövöldözős” játékok)
MMOG	Massively multiplayer online game (nagyon sok szereplős online játékok)
MMORPG	Massively multiplayer online role playing games (nagyon sok szereplős online szerepjátékok)
MMORTS	Massively multiplayer online real-time strategy games (nagyon sok szereplős online stratégiai játékok)
MOG	Multiplayer online game (sokszereplős online játékok)
MOGQ	Motives for Online Gaming Questionnaire (Online Játékozás Motivációja Kérdőív)
MUD	Multi-User Dungeon (szöveg alapú virtuális világok)
NFI	Nonnormed Fit Index
NPV	Negative predictive value (negatív prediktív érték)
PGSI	Problem Gambling Severity Index (Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív)
PIUQ	Problematic Internet Use Questionnaire (Problémás Internethasználat Kérdőív)
PIUQ-SF-6	Problematic Internet Use Questionnaire Short Form (Problémás Internethasználat Kérdőív Rövidített 6 tételes változat)
PIUQ-SF-9	Problematic Internet Use Questionnaire Short Form (Problémás Internethasználat Kérdőív Rövidített 9 tételes változat)
POGQ	Problematic Online Gaming Questionnaire (Problémás Online Játék Kérdőív)
PPV	Positive predictive value (pozitív prediktív érték)
QABB	Questionnaire About Buying Behavior (Vásárlási Viselkedés Kérdőív)

RMSEA	Root mean square error approximation (a megközelítés hibáját a modell komplexitását figyelembe vevő módon mérő index)
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg-féle Önértékelés Skála)
SCL-90	Symptom Checklist 90 – Revised (Derogatis-féle Tünetlista)
SD	Standard Deviation (szórás)
SEM	Structural equation modeling (strukturális egyenlet modellezés)
SES	Socioeconomic status (szocioökonómiai státusz)
SOGS	South Oaks Gambling Screen (South Oaks Szerencsejáték Kérdőív)
SSABIC	Sample size adjusted Bayesian Information Criteria (mintamérettel korrigált Bayesi Információs Kritérium)
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger-féle Szorongás Kérdőív)
TLI	Tucker-Lewis Fit Index (Tucker-Lewis Illeszkedési Index)
WART	Work Addiction Risk Test (Munkafüggőség Kockázata Kérdőív)
WLSMV	Weighted Least Squares Model Variation (súlyozott legkisebb négyzetes becslési eljárás)

## TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

- 2.1–1. táblázat *A Hollander és Wong (1995) által az „obszesszív-kompulzív spektrum” részeként azonosított zavarok és „klasszikus” elhelyezkedésük a diagnosztikus rendszerekben*
- 2.2–1. táblázat *A DSM-IV-TR szerint kódolható és a DSM-IV-TR-ben nem szereplő addiktív zavarok*
- 2.3–1. táblázat *Az internetfüggőség kritériumai az egyes szerzők szerint*
- 2.3–2. táblázat *Az internetfüggőség különböző mérőeszközei*
- 2.3–3. táblázat *Az internetfüggőség prevalenciaadatai*
- 2.4–1. táblázat *A problémás online játék használat mérőeszközei*
- 2.4–2. táblázat *A problémás online játék használat prevalenciája a különböző vizsgálatokban*
- 2.6–1. táblázat *A kóros játékszenvedély diagnosztikus kritériumai a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) szerint*
- 2.6–2. táblázat *A kóros játékszenvedély újabb tipológiai*
- 2.7–1. táblázat *Munkavégző-típusok Spence és Robbins (1992) besorolása nyomán*
- 2.7–2. táblázat *A keményen dolgozó és a munkafüggő személy összehasonlítása hasonló munkavégzési viselkedésformák mentén, Porter (1996, 79.) nyomán*
- 2.8–1. táblázat *A kényszeres vásárlás lehetséges diagnosztikai kritériumai McElroy és munkatársai (1994) nyomán*
- 3–1. táblázat *A disszertációban bemutatásra kerülő kutatások listája és főbb jellemzői*
- 3.1–1. táblázat *A vizsgálati személyek fontosabb szociodemográfiai adatai*
- 3.3–1. táblázat *A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok (III. vizsgálat)*
- 3.3–2. táblázat *A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok előfordulási aránya (%) a fővárosban és vidéken, illetve a fiatal felnőtt és az idősebb korosztályban*
- 3.3–3. táblázat *A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben (fő)*
- 3.3–4. táblázat *Az alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói*
- 3.3–5. táblázat *A magyarországi lakónépesség és a súlyozott minta nemek szerinti eloszlása*
- 3.3–6. táblázat *Az OLAAP felmérésben használt skálák reliabilitás mutatói*
- 3.6–1. táblázat *A minta főbb demográfiai jellemzői (VI. vizsgálat)*
- 3.9–1. táblázat *A minta demográfiai jellemzői (IX. vizsgálat)*
- 4.1–1. táblázat *A 30 tételen elvégzett varimax rotációs faktoranalízis eredménye*
- 4.1–2. táblázat *A 18-tételes Problémás Internethasználat Kérdőív faktorstruktúrája (a tétel után zárójelben olvasható szám, a tétel eredeti sorszáma)*
- 4.1–3. táblázat *Az egyes tételek átlaga, szórása, illetve a korrigált item-totál korrelációk az alskálák és a teljes skála vonatkozásában*
- 4.1–4. táblázat *Az egyes alskálák egymással és a teljes skálával való korrelációja (valamennyi esetben  $p < 0,01$ )*

- 4.1–5. táblázat *A teszt-reteszt elemzés eredménye*
- 4.1–6. táblázat *Nemi különbségek a PIUQ skála egyes alskálái mentén*
- 4.1–7. táblázat *Életkori különbségek a PIUQ skála egyes alskálái mentén*
- 4.1–8. táblázat *A PIUQ skála kapcsolata egyes internethasználati jellemzőkkel*
- 4.1–9. táblázat *A PIUQ skála kapcsolata egyes egyéb addikciókkal*
- 4.1–10. táblázat *A PIUQ skála pontszáma alapján kialakított csoportok*
- 4.1–11. táblázat *A PIUQ skála alapján kialakított négy csoport főbb jellemzői*
- 4.1–12. táblázat *A tételek közötti korreláció, átlagok és szórás mindkét minta esetében*
- 4.1–13. táblázat *Az egy- és a háromfaktoros modell illeszkedési mutatói a két mintán*
- 4.1–14. táblázat *A PIUQ tételeinek faktortöltései (standardizált becslés) a háromfaktoros modell esetén*
- 4.1–15. táblázat *A PIUQ három dimenziójának látens profil elemzése során nyert illeszkedési mutatók*
- 4.1–16. táblázat *A látens profil elemzés illeszkedési mutatói a 6-tételes PIUQ esetében*
- 4.1–17. táblázat *Az egyes lehetséges határértékek mutatói a 6-tételes PIUQ esetében*
- 4.1–18. táblázat *A háromfaktoros megoldás faktortöltéseinek standardizált becslései a PIUQ-SF minden tételére*
- 4.1–19. táblázat *A PIUQ-SF és a CIAI faktorok közötti korrelációk*
- 4.1–20. táblázat *Átlagok, szórások (SD) és konfidenciaintervallumok (CI) mindkét nem és a teljes minta vonatkozásában, továbbá a hatásméretek (Cohen d)*
- 4.1–21. táblázat *Korrelációs értékek és Cronbach-alfa értékek*
- 4.1–22. táblázat *A problémás internethasználat és az egyes tünetskálák közötti korrelációs értékek*
- 4.2–1. táblázat *Játékosok látens osztály elemzésének illeszkedési mutatói*
- 4.2–2. táblázat *Egyváltozós összefüggések a játékos típusok, demográfiai és játékkal kapcsolatos változók között*
- 4.2–3. táblázat *A játékos típusokat összehasonlító három bináris logisztikus regresszió*
- 4.2–4. táblázat *Demográfiai és játékkal kapcsolatos jellemzők*
- 4.2–5. táblázat *A tételek feltáró faktoranalízise*
- 4.2–6. táblázat *A POGQ megerősítő faktoranalízise két független mintán*
- 4.2–7. táblázat *A POGQ látens profil elemzésének illeszkedési mutatói*
- 4.2–8. táblázat *A POGQ határértékeinek számítása*
- 4.2–9. táblázat *A 12-tételes POGQ-SF konfirmatív faktoranalízise országos reprezentatív serdülő mintán*
- 4.2–10. táblázat *A nemek közti invariancia teszteléséhez alkalmazott modellek illeszkedési mutatói*
- 4.2–11. táblázat *A POGQ-SF skálán végzett látens profil elemzés során kapott illeszkedési mutatók*

- 4.2–12. táblázat *A három látens osztály összehasonlítása: a látens osztály prediktorok egyenlőség tesztelése*
- 4.2–13. táblázat *A POGQ-SF cut-off határértékeinek számítása*
- 4.2–14. táblázat *Az eredeti 56 motivációs tétel a teoretikus dimenziókhoz rendelve*
- 4.2–15. táblázat *Az MOGQ feltáró faktoranalízise az 1. és 2. mintán (N=600 mindkét elemzés esetében)*
- 4.2–16. táblázat *Az MOGQ látens struktúrája: EFA (N=1200, 1. és 2. minta) és CFA szemléleti keretben végzett EFA (N=600, 3. minta)*
- 4.2–17. táblázat *Az MOGQ látens struktúrája: megerősítő faktoranalízis a 4. mintán (N=2018)*
- 4.2–18. táblázat *Az MOGQ faktorai között talált korrelációk (N=3818)*
- 4.2–19. táblázat *Az MOGQ faktorainak átlag pontszámai és szórásai (zárójelben) a szociodemográfiai változók tekintetében (N=3818)*
- 4.2–20. táblázat *A problémás online játszás és az egyes tünetek közötti korrelációs értékek*
- 4.3–1. táblázat *Faktortöltések és reliabilitás értékek a Testedzés Függőség Skálán (EDS-21) és a Testedzés Addikció Kérdőíven (EAI) (N=474)*
- 4.3–2. táblázat *A Testedzés Függőség Skála – 21 alszála és a Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) közötti korrelációs értékek*
- 4.3–3. táblázat *Az EAI határértékek kiszámítása az EDS skála alapján (N=457)*
- 4.3–4. táblázat *A tünetmentes, tüneteket mutató, de nem függő, és függőség kockázatának kitett populációk prevalenciája*
- 4.4–1. táblázat *Részvételi arány az egyes szerencsejáték-típusokban (N=2710)*
- 4.4–2. táblázat *Szociodemográfiai tényezők és a problémás/patológias játékszenvedély*
- 4.4–3. táblázat *A problémás vagy patológias játékszenvedély szociodemográfiai magyarázó változói*
- 4.4–4. táblázat *Szerhasználat és problémás/patológias szerencsejáték*
- 4.4–5. táblázat *A SOGS és a PGSI súlyossági kategóriáinak egybeesése (n=586)*
- 4.4–6. táblázat *A PGSI kapcsolata egyes szociodemográfiai változókkal*
- 4.5–1. táblázat *A WART exploratív faktoranalízise: standardizált faktortöltések (N=628)*
- 4.5–2. táblázat *A WART új struktúrájának konfirmátoros faktoranalízise (N=658)*
- 4.5–3. táblázat *A WART magyar verziójának látens profil elemzése során mért illeszkedési mutatók*
- 4.6–1. táblázat *A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) faktortöltései*
- 4.6–2. táblázat *Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS) faktortöltései*
- 4.6–3. táblázat *A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) faktortöltései*
- 4.6–4. táblázat *A QABB skála határértékének kiszámítása a CBS skálát kritérium változóként alkalmazva*

4.6–5. táblázat *A kényszeres vásárlás skálák közötti korreláció*

4.7–1. táblázat *Az egyes viselkedési addikciós skálák és alskálák közötti kapcsolat az OLAAP adatbázis alapján*

4.8–1. táblázat *Az egyes viselkedési addikciók különböző problémacsoportjainak összehasonlítása a kényszeresség (SCL-90) és az impulzivitás (BIS) dimenziók mentén (a III. vizsgálat alapján)*

4.8–2. táblázat *Az egyes viselkedési addikciók különböző problémacsoportjainak összehasonlítása a kényszeresség (SCL-90) és az impulzivitás (BIS) dimenziók mentén (a IV–VI. és IX. vizsgálatok alapján)*

5–1. táblázat *Az egyes zavarok komponensei*



**ÁBRÁK JEGYZÉKE**

- 2.1–1. ábra Az „obszesszív-kompulzív spektrum” részeként azonosított zavarok elhelyezkedése a kompulzív-impulzív spektrum mentén; Hollander és Wong (1995) alapján
- 2.6–1. ábra A problémás és patológiás szerencsejáték életprevalencia-értéke a vizsgált országokban
- 2.6–2. ábra A problémás és patológiás szerencsejáték elmúlt évi prevalencia értéke a vizsgált országokban
- 4.1–1. ábra A problémás internethasználat háromfaktoros modellje
- 4.1–2. ábra A PIUQ három faktorán végzett látens profil elemzés eredménye
- 4.1–3. ábra A PIUQ három faktorán végzett látens profil elemzés eredménye (a 6-tételes kérdőív esetében)
- 4.1–4. ábra A tesztelendő elméleti modell
- 4.1–5. ábra A mediátor modell és a standardizált útvonal együtthatók. A többcsoportos elemzés eredményei a két nem esetében egyenlő faktortöltésekkel és útvonal együtthatókkal ( $M_2$ ), és az endogén változók megmagyarázott varianciája
- 4.1–6. ábra A problémás internethasználat kapcsolata tüneteskálákkal
- 4.1–7. ábra A problémás internethasználat kapcsolata a tüneteskálákkal és az impulzivitással
- 4.2–1. ábra MMOG játékosok látens profil elemzése a különböző játéktípusokkal töltött idő alapján
- 4.2–2. ábra A POGQ hat faktorán végzett látens profil elemzés
- 4.2–3. ábra A POGQ-SF hat faktorán végzett látens profil elemzés
- 4.2–4. ábra A problémás online játszás kapcsolata a tüneteskálákkal
- 4.2–5. ábra A problémás online játszás kapcsolata a tüneteskálákkal és a szenzoros élménykereséssel
- 4.3–1. ábra Az EAI nemparaméteres ROC görbéje; a tünetmentes, tüneteket mutató, de nem függő és kockázati csoportba sorolt személyek elkülönítése
- 4.5–1. ábra A WART 16-tételes magyar változatán végzett látens osztály elemzés eredménye
- 4.8–1. ábra A vizsgált viselkedési addikciók különböző súlyosságú csoportjainak elhelyezkedése a kényszeresség ( $x$ -tengely) és az impulzivitás ( $y$ -tengely) dimenziók mentén (a III. vizsgálat alapján)
- 4.8–2. ábra A vizsgált viselkedési addikciók különböző súlyosságú csoportjainak elhelyezkedése a kényszeresség ( $x$ -tengely) és az impulzivitás ( $y$ -tengely) dimenziók mentén (a IV–VI. és IX. vizsgálatok alapján)

**A DISSZERTÁCIÓBAN KÖZVETLENÜL FELHASZNÁLT SAJÁT  
KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE**

- Balázs H., Kun B., Demetrovics Zs. (2009). A kóros játékszenvedély típusai. *Psychiatria Hungarica*, 24(4), 238–247.
- Balázs H., Kun B., Demetrovics Zs. (2010). Kóros játékszenvedély. In Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 43–75). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R., & Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use and Misuse*, 47(4), 403–417
- Demetrovics, Z. (2008). Hungary. In G. Meyer, T. Hayer & M. Griffiths (Eds.), *Problem Gambling in Europe. Challenges, Prevention, and Interventions* (pp. 123–136). New York: Springer.
- Demetrovics Zs. (2008). Adaptív jelenségek és alkalmazkodási törekvések az addiktív betegségekből. In Gyöngyösiné Kiss E. (szerk.), *Nyolc évtized: Tanulmányok a Magyar Pszichológiai Társaság életéből.* (pp. 99–118). Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság.
- Demetrovics Zs., (2011). *Az addiktológiai zavarok spektrumszemlélete.* In Császár-Nagy N., Demetrovics Zs., Vargha A., (szerk.). *A klinikai pszichológia horizontja* (pp. 697–706). Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan Kiadó.
- Demetrovics Zs., Kun B. (2010). A viselkedési függőségek és az impulzuskontroll egyéb zavarainak helye az addikciók spektrumán. In Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 29–40). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs., Kurimay T. (2008). Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23(2), 129–141.
- Demetrovics Zs., Szeredi B., Nyikos E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 19(2), 141–160.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40(2), 563–574.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., Kökönyei, Gy., Felvinczi, K., & Oláh, A. (2012). The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS ONE* 7(5): e36417. doi:10.1371/journal.pone.0036417
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B., Reindl, A., Ágoston, C., Kertész, A., & Harmath, E. (2011). Why do you play? The development of the Motives for Online Gaming Questionnaire (MOGQ). *Behavior Research Methods*, 43(3), 814–825
- Gyepesi Á., Elekes Zs., Domokos T., Demetrovics Zs. (2013). A 2011-es ESPAD kutatás (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) magyarországi adatfelvételének módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica* (megjelenés alatt)

- Gyollai Á., Urbán R., Farkas J., Kun B., Kökönyei Gy, Eisinger A., Magi A., Demetrovics Zs. (2013). A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica (megjelenés alatt)*
- Gyollai Á., Urbán, R., Kun B., Paksi B., Arnold P., Balázs H., Kökönyei Gy., Oláh A., & Demetrovics, Z. (2011). Problémás és patológias szerencsejáték Magyarországon: a South Oaks Szerencsejáték Kérdőív magyar verziójának (SOGS-HU) hazai alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 26(4), 230–240.
- Gyollai Á., Griffiths, M. D., Barta, C., Vereczkei, A., Urbán, R., Kun, B., Székely, A., Sasvári-Székely, M., Blum, K., Demetrovics Zs. (2013). The genetics of pathological gambling disorder: A systematic review. (manuscript under review)
- Koronczai B., Demetrovics Zs., Kun B. (2010). Internetfüggőség és problémás internethasználat. In Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 253–279). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Koronczai, B., Kökönyei, Gy., Urbán, R., Kun, B., Pápay, O., Nagygyörgy, K., Mark D. Griffiths, Demetrovics, Z. (2013). The moderating effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use. (manuscript under review)
- Koronczai, B., Kökönyei, Gy., Urbán, R., Pápay, O., Nagygyörgy, K., Oláh, A., Mark D. Griffiths, Demetrovics, Z. (2013). Confirmation of the Chinese version of the Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ). (manuscript under preparation)
- Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., Arnold, P. Kállai, J., Demetrovics, Z. (2011). Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on off-line adolescent and adult samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 657–664
- Kun B., Demetrovics Zs. (2010). Kényszeres vásárlás. In Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 213–236). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kun B., Demetrovics Zs. (2010). Munkafüggőség. In Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV.* (pp. 307–329). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kun, B., Balázs, H., Arnold, P., Paksi, B., & Demetrovics, Z. (2012). Gambling in Western and Eastern Europe: the example of Hungary. *Journal of Gambling Studies*, 28(1), 27–46
- Kurimay, T., Griffiths, M. D., Berczik, K., Demetrovics, Z. (2013). Exercise addiction: The dark side of sports and exercise. In D. Baron, C. Reardon, & S. H. Baron (Eds.), *Contemporary Issues in Sports Psychiatry: A Global Perspective*. West Sussex: John Wiley and Sons. (in press)
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabó, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Kurimay, T., Kökönyei, Gy., Kun, B., Paksi, B., & Demetrovics, Z. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport & Exercise*, 13(6), 739–746
- Nagygyörgy, K., Pápay, O., Urbán, R., Farkas, J., Kun B., Griffiths M. D., Demetrovics, Z. (2013). Problémás online játék használat: szakirodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica (megjelenés alatt)*
- Nagygyörgy, K., Urbán, R., Farkas, J., Griffiths, M., Zilahy, D., Kökönyei, G., Mervó, B., Reindl, A., Ágoston, C., Kertész, A., & Harmath, E., Oláh, A., & Demetrovics, Z.

- (2013). Typology and socio-demographic characteristics of Massively Multiplayer Online Game players. *International Journal of Human-Computer Interaction* 29(3), 192–200.
- Nyikos E., Szeredi B., Demetrovics Zs. (2001). Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia*, 10(3), 168–182.
- Paksi B., Rózsa S., Kun B., Arnold P., Demetrovics Zs. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10(4), 273–300.
- Pápay, O., Koronczai, B., Urbán, R., Griffiths, M., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Kökönyei, Gy., Felvinczi, K., Oláh, A., Elekes, Z., Demetrovics, Z. (2013). Psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire Short-Form (PIUQ-SF-6) and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. (under preparation)
- Pápay, O., Urbán, R., Griffiths, M., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Kökönyei, Gy., Felvinczi, K., Oláh, A., Elekes, Z., Demetrovics, Z. (2012). Psychometric properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form (POGQ-SF) and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* (in press)
- Szabo, A., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2013). Psychology and exercise. In D. Bagchi, S. Nair, & C. K. Sen (Eds.), *Nutrition and Enhanced Sports Performance: Recommendations for Muscle Building*. Elsevier.

## 1 HÁTTÉR ÉS CÉLKITŰZÉSEK

Amikor több mint tíz évvel ezelőtt, 2001-ben megjelent tanulmányunkban (Nyikos, Szeredi és Demetrovics, 2001) az internetfüggőséget, mint viselkedési addikciót írtuk le, ez a koncepció egyáltalán nem volt széles körben elfogadott. Azzal együtt, hogy az internettel kapcsolatos függőség kialakítását a legtöbb kutató vagy a kémiai addikciókkal (Brenner, 1997; Goldberg, 1995; Young, 1996) vagy a szerencsejáték-függőséggel (Young, 1998b) rokonította, maga az az általános koncepció, hogy a különböző nem kémiai addikciókat egy egységes keretben lehetne értelmezni és elemezni, egyáltalán nem volt általánosan elfogadott, sőt magát a *viselkedési addikció* kifejezést is igen kevesen használták (Griffiths, 1996). Azt lehet mondani, hogy bár az egyes jelenségek addikcióként történő értelmezése már a 2000-es évek előtt felbukkant a szakmai diskurzusokban mind hazánkban (Kelemen, 1994a, 1994b, 1995a, 1995b; Túry, 1995; Túry és Szabó, 2000), mind pedig a nemzetközi szinten (Griffiths, 1997, 2000), az egységes szemlélet valójában szinte teljes egészében hiányzott, sőt mára sem alakult ki egyértelműen.

Jelen értekezés célja pontosan ehhez a fejlődési úthoz való hozzájárulás; annak az elősegítése, hogy az egyes, szeparáltan kezelt, s különböző értelmezési modellekben leírt és elemzett függőségi problémákat közös keretben tudjuk értelmezni. Meggyőződésem, hogy e pillanatban erre a legmegfelelőbb, s leginkább alátámasztott modellt a viselkedési addikciók egységes, spektrumszemléletű megközelítése adja (Demetrovics és Griffiths, 2012; Demetrovics és Kun, 2007; Demetrovics és Kun, 2010a), egy olyan megközelítés, amely az egyes addikciós jellegű zavarokat egymással rokoníthatónak képzei el, a különbözőségek mellett alapvetően hasonló jellemzőket feltételezve közöttük. Ez a megközelítés azonban még ma sem mondható sem széles körben elterjedtnak, sem általánosan elfogadottnak. Bár a DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 2013-ra várható új, ötödik kiadása (DSM-5) tesz már elmozdulást ebbe az irányba (Holden, 2010), valójában azonban alapjaiban megőrzi azt a korábbi struktúrát, amely a különböző viselkedési addikciókat, más, kiemelkedő jellegzetességeik alapján, egymástól távoli diagnosztikus csoportokban írja le (American Psychiatric Association, 2001; World Health Organization, 1994). Ezzel összhangban tehát a fő célom, hogy a közös, addikciós karakterisztikumokra rámutatva erősítsem ezen zavarok addikciós spektrumszemléletét. Ehhez kapcsolódóan további célja a disszertációnak a viselkedési függőségek elhelyezése a mentális és viselkedési zavarok között, s tisztázni ezek viszonyát a különböző egyéb rendellenességekkel, különös tekintettel a kémiai addikciókra.

Jelen disszertáció az elmúlt közel másfél évtized, a viselkedési addikciók kutatása terén végzett vizsgálataim néhány olyan eredményének a kiemelése és bemutatása, amely ezen jelenségek integratív szemléletének szükségességét, a viselkedési addikciók spektrumszemléletének jogosultságát hivatottak alátámasztani. Abban bízom, hogy ezek a bemutatásra kerülő eredmények rámutatnak a különböző viselkedési addikciós jelenségek közötti hasonlóságokra csakúgy, mint ezek és a kémiai addikciók közös jellemzőire, ezáltal hozzájárulva ezen zavarok spektrumszemléletű megközelítéséhez. Hozzá kell tennem, hogy a rendelkezésre álló kutatási eredmények ma még nemzetközi viszonylatban is nagyon szerények (Demetrovics és Griffiths, 2012). Számottevő kutatási eredményekkel szinte kizárólag a kóros játékszenvedély és az evési zavarok esetében rendelkezünk, szinte valamennyi további viselkedési addikció esetében kevés és/vagy kevésbé megalapozott kutatási eredmény áll csak rendelkezésre. Éppen ezért a saját, a disszertációban bemutatásra

kerülő kutatások a jelenségek alapvető jellemzőinek feltárására irányulnak, s elsősorban fenomenológiai (tünettani), definíciós és epidemiológiai, illetve ezekkel összefüggésben mérési célokat fogalmaznak meg, továbbá alapvető pszichológiai korrelátumok azonosítását célozzák. Ezeket az empirikus eredményeket egészíti ki, pontosabban előzi meg a szakirodalom áttekintése és összegzése. Ez elsősorban az empirikus részben is vizsgált hat viselkedési addikcióra szorítkozik, s abban bízom, hogy az empirikus adatokkal együtt megfelelően támasztja majd alá érvelésemet az egységes addikciós szemlélet irányába.

A bemutatásra kerülő kutatások hat viselkedési addikcióval, illetve problémakörrel foglalkoznak, a *problémás internethasználattal*, a *problémás online (számítógépes vagy video-) játékkal*, a *szerencsejáték-függőséggel*, a *testedzésfüggőséggel*, a *munkafüggőséggel*, valamint a *kényszeres vásárlással*. Ezen jelenségek közül a szerencsejáték-függőség (patológiás játékszenvedély) az egyetlen, a diagnosztikus rendszerekben (American Psychiatric Association, 2001; World Health Organization, 1994) jelenleg is nyilvántartott betegség, míg az internetfüggőség várhatóan a DSM-5 (Holden, 2010) appendixében debütál majd. Részben ezzel összefüggésben is, már itt érdemes megjegyezni, hogy bár általánosságban *viselkedési függőségekről* beszélek a disszertációban, az egyes zavarok kapcsán gyakran óvatosabban fogalmazok és *problémás viselkedésként* utalok a jelenségre. Ennek az oka pontosan az, hogy bár addikciós jelenségekről van szó, valójában a szerencsejáték-függőség kivételével ezen zavarok ma még nem definíció szerinti betegségek, márpedig a függőség szó erre utal (Demetrovics, Szeredi és Rózsa, 2008). A *függőség* szót azonban teljesen elkerülni sem tudom (pl. a munkafüggőség vagy testedzésfüggőség kifejezések nehezen lennének helyettesíthetők), de használatával kapcsolatban a fenti kitélt mindig érdemes észben tartanunk. Ugyanígy, problémát jelent a *függőség* címke vonatkozásában a pontos diagnosztikus rendszer és mérőeszköz, illetve a szükséges cut-off (diagnosztikus határérték) ismerete. Több más jellemző (prevalencia, ártalmasság, specifikusság) mellett ezek olyan alapvető ismérvek kellenének, hogy legyenek, amelyek hiányában ma még korai önálló zavarokról beszélni, s ezért is javasolt a függőség szó óvatos használata. Magam, a disszertációban a fentiek tudatában, s inkább a *függőségi jelenség* összefüggésben, mintsem *függőség mint betegség* értelemben fogom használni a kifejezést.

Ugyanakkor, éppen ez a hiátus indokolja, hogy, ha ezen jelenségek pontosabb megismerése, tünettanának leírása, az egyéb zavarok közötti elhelyezése, az azokkal való viszonyának feltárása a célunk, akkor első lépésként a mérőeszközök kialakítása és validálása, a jelenség elterjedtségének becslése, a különböző problémásságú előfordulások elkülönítése és leírása, illetve a más tünetekkel való együttjárás felmérése az alapvető feladatunk.

Jelen disszertáció elsődlegesen erre a feladatra koncentrál. Amint az a Módszer fejezetben részletesebben is bemutatásra kerül, az empirikus elemzésekben kilenc kutatási adatfelvétel bemutatására támaszkodom (lásd 3–1. táblázat). A kilenc vizsgálat igen eltérő volumenű. Szerepel közöttük két országos reprezentatív kutatás; a 2007-ben elvégzett *Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról* (OLAAP) elnevezésű felnőtt (18–64 év) populációs adatfelvétel (III. vizsgálat), illetve a 2011-es *Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól* (ESPAD 2011) középiskolás felmérés (VII. vizsgálat). Bekerült a disszertációba három, lényegesen kisebb volumenű, a problémás internethasználat jelenségének feltárását célzó kutatás. Két mintegy tíz évvel ezelőtt végzett adatfelvétel, amely online (I. vizsgálat), illetve középiskolás offline (II. vizsgálat) mintán készült, s amelyek célja a problémás internethasználat súlyosságát

mérő kérdőív kialakítása, illetve validálása volt, továbbá bemutatásra kerül ugyanezen kérdőív rövid változatának kínai populáción történt validálása is (VIII. vizsgálat). A fennmaradó négy vizsgálat egy-egy viselkedési addikció, speciális populáción történő, célzott, alaposabb körüljárását tűzte maga elé feladatul. A négy, az online játékokkal (IV. vizsgálat), a testedzésfüggőséggel (V. vizsgálat), a szerencsejáték problémával (VI. vizsgálat), illetve a kényszeres vásárlással (IX. vizsgálat) foglalkozó kutatás viszonylag nagy populáción készült, számos a jelenség szempontjából releváns mérőeszköz bevonásával (8.2. melléklet).

A kilenc vizsgálat teljes körű bemutatása természetesen meghaladja jelen disszertáció kereteit. A módszertani ismertetésben ily módon, bár természetesen vázolom a teljes módszertant, részletesen azonban csak azokkal a kérdőívekkel, eszközökkel foglalkozom, amelyek a disszertációban bemutatott elemzések szempontjából relevánsak. És ezzel összhangban, értelemszerűen az elemzések és eredmények ismertetésében is szelektívnek kell lennem. A fentiek értelmében a disszertáció fő fókusza az egyes viselkedési addikciók leírása, fő karakterisztikumainak feltárása, a vonatkozó mérőeszközök, illetve a problémabecslés eszközeinek kialakítása vagy adaptálása, illetve a prevalenciák meghatározása. Emellett, több helyen kitérek majd az alapvető pszichológiai korrelátumok bemutatására, az adatfelvételek nyújtotta lehetőségek teljes kínálatával azonban, egyrészt a fókusz tartása, másrészt terjedelmi korlátok miatt nem tudok élni. Mindazonáltal, abban bízom, hogy a bemutatott elemzések valóban közelebb visznek bennünket a viselkedési addikciók természetének megismeréséhez.

## 2 IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Amikor addikciókról beszélünk, általában ösztönösen a kémiai addikciókra gondolunk. A viselkedési addikciók, amelyekben kémiai szer nincs jelen, sokkal kisebb figyelmet kapnak. Több jelentős, az addiktológiai zavarokkal foglalkozó nagy kézikönyv vagy szöveggyűjtemény (pl. Graham, Schultz, Mayo-Smith, Ries és Wilford, 2003; Marlatt és VandenBos, 1997; McCrady és Epstein, 1999) egyáltalán nem foglalkozik a viselkedési függőségekkel. Ennek egyik oka az lehet – még ha ez addiktológus szakemberektől nehezen fogadható is el érvként –, hogy a BNO-10 és a DSM-IV-TR diagnosztikus rendszerek szemléletét követő kézikönyvek alapvetően nem egy egységként, azaz nem általában addiktológiai zavarokként kezelik a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos, illetve a viselkedési addikciókat. Az addikciós jellegű címszavak alatt ugyanis ezek a rendszerek a mai napig alapvetően a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos addikciókat tárgyalják, míg az egyéb addiktív viselkedések más osztályokban, más kulcsszavak mentén kerülnek megbeszélésre. Ebben változást – mint jeleztem korábban –, a DSM-5 közelgő bevezetése hozhat (Holden, 2010); az elvi elmozdulás mellett azonban a tényleges átszuktúrálódás még várat magára.

Mindez persze a tágabb rendszerezés eredménye, s joggal vethetjük fel, hogy a nagy addiktológiai összefoglalókban, mint amilyenek a fent említett kötetek is, ettől még sűrűbben bukkanhatnának fel a viselkedési addikciókkal foglalkozó részek; de általában nem ez a jellemző. Persze azért van kivétel, hiszen pl. a Lowinson és munkatársai által szerkesztett hatalmas addiktológia kötet (Lowinson, Ruiz, Millman és Langrod, 1997) öt külön fejezetet szentel a viselkedési addikcióknak, s egy hatodik fejezetben foglalkozik a kodependencia jelenségével is, de a témakörök igazi kiszélesítése, s a koncepcionális váltás az újabb kiadásokban sem következik be (Ruiz és Strain, 2011). A magyar nyelvű addiktológiai áttekintő munkákban is felbukkan a viselkedési addikciók tematikája. Kelemen (1994a) főképp a szexaddikciókkal és a kodependencia kérdésével foglalkozik kötetében, Rácz (1999) általában a viselkedési és kémiai addikciók tüneti jellemzőit tárgyalja röviden, míg Németh és Gerevich (2000) az addikciók áttekintésekor kötetük felét a viselkedési addikciók tárgyalásának szentelik.

Visszatérve az osztályozás, rendszerezés kérdéséhez, valóban egyfajta kettősségről van szó. Miközben az addiktológiai szemlélet hajlik arra, hogy egy csokorba gyűjtse mindazokat az addikciós jellegű problémákat, amelyek tüneti szinten hasonló képet mutatnak, s teszi ezt függetlenül attól, hogy a folyamatban pszichoaktív szer jelen van-e, avagy sem, addig a jelenleg használatban lévő BNO-10 (World Health Organization, 1994), illetve DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) ma még nem ezt a szemléletet követi.

A következőkben először néhány olyan megközelítést, illetve modellt tekintek át, amelyek bár nem minden esetben direkt addikciós megközelítést alkalmaznak, s van közöttük olyan is, amely egyáltalán nem beszél explicit módon a viselkedési addikcióról, valójában mégis ennek az integratív szemléletnek az előzményeként tarthatók számon. Ezt követően, részben ezekre a megközelítésekre is alapozva számba veszem mindazokat a jelenségeket és zavarokat, amelyek potenciálisan a viselkedési addikciók köré alkothatják. Ezek közül részletesen azzal a hat jelenséggel foglalkozom, amelyek a disszertáció empirikus részében bemutatott kutatásokban is fókuszba kerültek, azaz a *problémás internethasználattal* (Demetrovics és Koronczi, 2010; Koronczi, Demetrovics és Kun, 2010; Nyikos és mtsai, 2001), a *problémás online (számítógépes vagy video-) játékkal*



(Nagygyörgy, Pápay és mtsai, 2013), a *szerencsejáték-függőséggel* (Balázs, Kun és Demetrovics, 2009, 2010), a *testedzésfüggőséggel* (Berczik és mtsai, 2012; Demetrovics és Kurimay, 2012; Kurimay, Griffiths, Berczik és Demetrovics, 2013; Szabo, Griffiths és Demetrovics, 2013), a *munkafüggőséggel* (B. Kun és Zs. Demetrovics, 2010), valamint a *kényszeres vásárlással* (Kun és Demetrovics, 2010). Végül, mindezek összegzeként, a fejezet végén összefoglalom azokat a jelenleg is rendelkezésre álló érveket és eredményeket, amelyek a viselkedési addikciók integratív szemlélete felé mutatnak.

## 2.1 A viselkedési addikciók spektrumszemléletét megelőlegező megközelítések

### 2.1.1 Obszesszív-kompulzív spektrum hipotézis

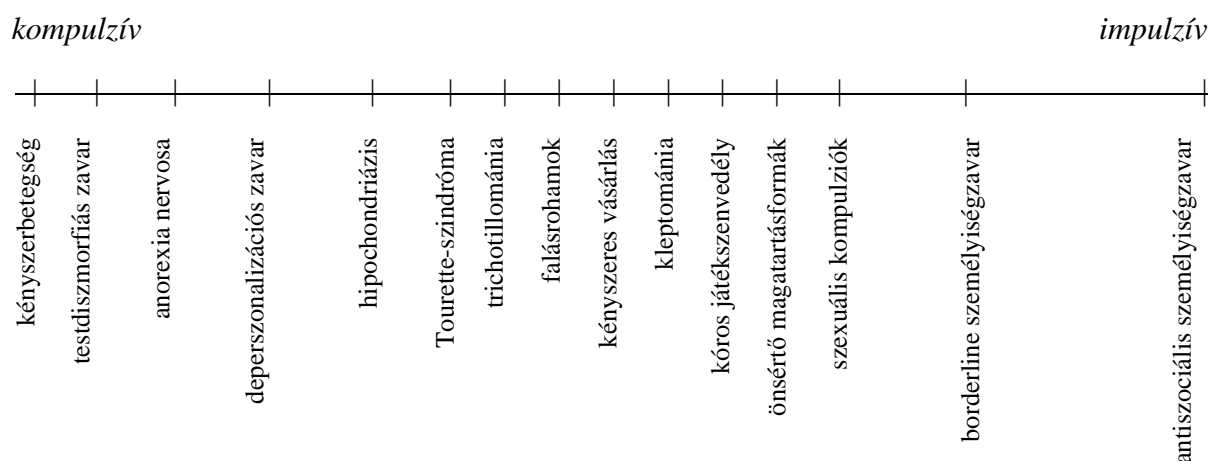
Annak ellenére, hogy a DSM-IV-TR és a BNO-10 egyelőre nem tette magáévá az addiktológia spektrumszemléletét, ha nem is kifejezetten az addiktológia irányából, de Hollander már 1993-ban felvetette, hogy bizonyos zavarokat, többnyire azokat, amelyeket ma az addikciós spektrum részeinek tekintünk, érdemes lenne egy közös szemléleti keretben, az *obszesszív-kompulzív spektrum zavarok* értelmezési keretében vizsgálni (Hollander, 1993). Hollander a spektrum részeként azonosította az impulzuskontroll-zavarokat, a táplálkozási magatartás zavarait, a személyiségzavarok közül az impulzivitással járó antiszociális és borderline zavart, bizonyos neurológiai zavarokat, s néhány egyéb rendellenességet (Hollander és Wong, 1995). A teljes listát a 2.1–1. táblázatban mutatom be.

Hollander és Wong (1995) hangsúlyozzák, hogy ezeket a zavarokat tüneti, diagnosztikai és etiológiai jellemzőikben fellelhető hasonlóságaik alapján tekinthetjük egyazon spektrum összetevőinek. Szintén felhívják a figyelmet a háttérben meghúzódó, feltételezésük szerint hasonló neurobiológiai okokra (a szerzők kezdetben elsősorban a szerotonerg rendszer szerepét emelik ki, később azonban a dopaminerg rendszer szerepe is megfogalmazódik), s részben ezzel összefüggésben a kezelésre adott válasz hasonlóságaira (Bartz és Hollander, 2006; Hollander és Wong, 1995). Hollander és Wong (1995) hangsúlyozzák ugyanakkor, hogy jelentős eltéréseket mutatnak ezek a rendellenességek aszerint, hogy inkább a *kompulzivitás*, vagy ellenkezőleg, az *impulzivitás* dominál a tüneti képben. A szerzők ennek alapján a zavarokat egy kompulzív-impulzív dimenzió mentén látják elhelyezhetőnek, a 2.1–1. ábrán látható módon.

2.1–1. táblázat A Hollander és Wong (1995) által az „obszesszív-kompulzív spektrum” részeként azonosított zavarok és „klasszikus” elhelyezkedésük a diagnosztikus rendszerekben

„Klasszikus” besorolási hely (DSM-IV-TR)	
Impulzuskontroll-zavarok	
	kóros játékszenvedély
	trichotillománia
	szexuális kompulziók
	önsértő magatartásformák
	kleptománia
	kényszeres vásárlás
Impulzív személyiségzavarok	
	antiszociális személyiségzavar
	borderline személyiségzavar
Szomatoform zavarok	
	hipochondriázis
	testdizmorfiás zavar
Disszociatív zavarok	
	deperszonalizációs zavar
Evési zavarok	
	anorexia nervosa
	falásrohamok
Szkizoobszesszív zavarok	
	deluzív obszesszív-kompulzív zavar
	szkizotip obszesszív-kompulzív zavar
	obszesszív szkizofrénia
Tic zavarok	
	Tourette-szindróma
Neurológiai zavarok	
	Sydenham chorea
	epilepszia
	autizmus
	Huntington-betegség

A kompulzivitást elsősorban a *kockázatkerülés*hez köthetjük, vagyis a spektrum ezen végén található viselkedések alapvető jellemzője, hogy a személy a biztonságosságra, a kockázatok, veszélyek minimalizálására törekszik. Sőt, a kényszeres viselkedések célja ezen a végponton pontosan a szorongáscsökkentés, a veszélyek elhárítása. A kényszerbeteg ritualizált kényszercselekvéseinek alapvető célja a diszkomfortérzés és a szorongás csökkentése, az obszessziókban (kényszerszorongásokban) visszatérően megjelenő veszélyképzetek kivédése, elhárítása. A testdiszmorfiás zavar vagy az anorexia nervosa esetében is ez a *szorongáscsökkentés* a domináns cél (2.1–1. ábra). A kontinuum másik végén azonban, az impulzív viselkedéssel jellemezhető személyiségzavarok vagy a kifejezett impulzuskontroll-zavarok esetében másfajta jelenséggel találkozunk. Itt a *kockázatkeresés* a kulcsjellemző. Ezek a személyek a veszélyes helyzeteket keresik, impulzívak, kockáztatnak, olyan viselkedéseket választanak, amelyek ártalmasak lehetnek saját magukra és/vagy környezetükre. Ami mégis közös a két végletben (és természetesen a középpont elhelyezkedő zavarokban is), az a *repetitív és többnyire ritualizált viselkedés gátlásának, sőt többnyire akár késleltetésének is a képtelensége*. Sem a kényszerbeteg (Csigó, Harsányi és Demeter, 2010) nem tudja megállni, hogy naponta akár százszor kezét mosson és tisztálkodjon (amennyiben pl. tisztasági kényszerről van szó), sem a kóros szerencsejátékos nem tudja legyőzni vágyát, hogy újra és újra betérjen egy kaszinóba, vagy odaüljön a nyerőgépek elé. A kényszer, az impulzus legyőzésének a képtelensége a közös, de míg az előbbi esetben a diszkomfortérzés elkerülése a cél, utóbbiban Hollander és Wong (1995) felvetése szerint az élvezet maximalizálására irányul a törekvés.



2.1–1. ábra Az „obszesszív-kompulzív spektrum” részeként azonosított zavarok elhelyezkedése a kompulzív-impulzív spektrum mentén; Hollander és Wong (1995) alapján

Az elképzelés ezen pontját mindazonáltal érdemes alaposabban megvizsgálni, ugyanis ez a különbségtétel korántsem annyira magától értetődő, és semmi esetre sem annyira egyszerű, mint amilyennek első látásra tűnik. A szorongás elkerülése, a diszkomfortérzés csökkentése ugyanis jelen van a spektrum impulzív végén is; igaz, forrása valóban más. Sokszor az üresség érzésének az elkerülése, pontosabban az ürességérzés keltette szorongás az, ami kiváltja az impulzív viselkedést. Tehát valóban más a

kiindulópont, de a spektrum impulzív végén sem beszélhetünk tisztán hedonista cselekedetokről. Másrészt, az obszessziók jelen vannak az impulzív oldalon is; igaz, megint csak más természetűek. A szerencsejáték-szenvedélybeteg személyt (Balázs és mtsai, 2010) is gondolatban a játék köti le, amikor akadályozva van abban, hogy játsszon, s valamennyi impulzuskontroll-zavar esetében kulcsmotívum a szenvedély tárgyával való obszesszív foglalkozás, a tulajdonképpen sóvárgás. Ez is egyfajta obszesszív jelleg, a gondolatok kényszerű rögzülése a szenvedély tárgya körül, még ha valamelyest más formában is ölt testet, mint a kényszerbetegség vagy a testdiszmorfiás zavar esetében. Itt a kényszer gondolat tárgya ugyanis nem a veszély elhárítása (lásd kockázatkerülés), hanem a vágyott és hiányzó cselekvés végrehajtása. Saját vizsgálatunkban (Demetrovics, Szeredi és Nyikos, 2004) a problémás internethasználat háttérében szintén az egyik alapvető dimenzióknak bizonyult az internettel való obszesszív foglalkozás.

Összességében tehát az obszesszív és a kompulzív elemek jelenléte nem vitatható az impulzuskontroll-zavarok esetében sem (Grant és Potenza, 2004, 2006). A legfrissebb komorbiditás-vizsgálatok szintén szoros kapcsolatot jeleznek a kényszerbetegség és a különböző impulzuskontroll-zavarok között (Grant, Mancebo, Pinto, Eisen és Rasmussen, 2006), ezzel is erősítve a spektrum alkalmazásának jogosságát. Mások (Castle és Phillips, 2006) ugyanakkor a spektrum meglehetősen heterogenitását is hangsúlyozzák. A két megállapítás azonban nem zárja ki egymást, a meglehetősen széles spektrum mellett, hogy jól elkülönülő zavarokat foglal magába – mint láttuk fentebb –, jelentős mértékben hordoz közös jellemzőket is. Lochner és munkatársai (2005) klaszterelemzéses vizsgálatukban kényszerbetegek három csoportját különítették el. Az első klaszter, amely a *jutalomhiányos* elnevezést kapta, a trichotillomániát, a kóros szerencsejátékot, a hiperszexuális jellegű zavarokat és a Tourette-szindrómát foglalta magába. A második – *impulzív* – klaszter a kompulzív vásárlást, a kleptomániát, az evési zavarokat, az önsértő viselkedést és az ismétlődő explozív zavart tartalmazta, míg a harmadik klaszter (*szomatikus*) a testdiszmorfiás zavarra és a hipochondriázisra terjedt ki. Érdekes ugyanakkor a pszichoaktív szer dependencia kihagyása a spektrumból, annak ellenére, hogy a tüneti, diagnosztikai, de akár az etiológiai faktorok is egyértelműen indokolnák ezt, s a spektrum zavarai, valamint a pszichoaktív szer-használat közötti magas komorbiditás feltételeznék ezek bevonását (Regier és mtsai, 1990). Szintén érdekes a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) ignorálása, hiszen ezen zavar esetében egyrészt egyértelműek az impulzivitás jellegű tünetek, másrészt az ADHD nem csak a pszichoaktív szer-használattal, hanem a viselkedési addikciókkal is együttjárást mutat (Shaw és mtsai, 2012; van Emmerik-van Oortmerssen és mtsai, 2012).

### 2.1.2 Jutalomhiányos tünetegyüttes hipotézis

Miközben Hollander (1993) elsősorban a fenomenológiai és diagnosztikai jellemzők, valamint a terápiás hasonlóságok mentén javasolta a fentiekben tárgyalt zavarok obszesszív-kompulzív dimenzió mentén történő együttes kezelését, a pszichiátriai-genetikai kutatások, közel ugyanabban az időben, nagyon hasonló megfigyeléseket tettek és hasonló javaslatokkal éltek. Szemben Hollander és Wong (1995) felvetésével, akik az obszesszív-kompulzív spektrum vonatkozásában a szerotonin szerepét látták kiemelkedőnek, Blum, Comings és munkatársaik (Blum és mtsai, 2000; Blum és mtsai, 1995; Comings és Blum,

2000) elsősorban a középagy jutamazó központ működésében kulcsszerepet betöltő dopamin működését vizsgálták az általuk impulzív-addiktív-kompulzív zavaroknak nevezett rendellenességek esetében, amelyek lényegében megfelelnek a fentiekben tárgyalt zavaroknak. Hollander és Wong (1995) fenomenológiai, diagnosztikai és klinikai megközelítésével szemben Blum és Comings pszichogenetikai vizsgálatokat végzett ezen zavarok genetikai és neurobiológiai hátterének megismerése érdekében. Eredményeik (Blum és mtsai, 2000; Blum és mtsai, 1995; Comings és Blum, 2000) azt jelezték, hogy a fent tárgyalt zavarok közös gyökerét a középagy dopaminerg rendszer genetikailag meghatározott diszfunkciója adhatja. Ez a diszfunkció alapvetően abban áll, hogy az érintett személyek esetében a dopamin által vezérelt középagy jutamazó központ alulműködik, azaz az általában szokásos ingerek nem nyújtanak a személy számára megfelelő jutalomérzést, kielégülést. Ez egy állandósult *jutalomhiányos állapotot* hoz létre a személyben (ezt nevezik a szerzők jutalomhiányos szindrómának; *reward deficiency syndrome*). Ez a *hipodopaminerg vonás*, ami a szerzők eredményei szerint alapvetően öröklött rendellenesség, a középagy dopaminerg rendszer alulműködése révén a magas rizikójú viselkedések keresését fogja eredményezni. Ezek az impulzív, magas kockázati viselkedések tudják ugyanis biztosítani azt a fokozott ingerlést, amelyre az ezzel a hiányállapottal jellemezhető személy vágyik. Nemcsak az impulzív, kockázatkereső viselkedések, de az egyéb jutalmazó magatartásformák, mint az evés (Blum és mtsai, 2006) vagy a szexuális viselkedés is képes, a rendszer fokozott izgalma elősegítve, kompenzáló hatást betölteni, sőt a szerzők ide sorolják a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavart is (Blum és mtsai, 2008). Ugyanígy a drogkereső magatartás és a különböző pszichoaktív szerek e rendszerre kifejtett közvetlen (amfetamin, kokain) vagy közvetett (alkohol, nikotin, kannabisz, opiátok) hatása is kompenzatórikus szerepet tölthet be azoknál a személyeknél, akiknél fennáll a jutalmazó rendszer deficitje.

Összességében tehát a szerzők egy olyan genetikailag megalapozott neurobiológiai hátteret azonosítottak, amely közös gyökere lehet az addiktív spektrumon jelentkező zavaroknak; a kompulzív és az impulzív rendellenességeknek, illetve a viselkedési és kémiai addikcióknak egyaránt (Blum, Gardner, Oscar-Berman és Gold, 2012). Az, hogy aztán egy adott személynél melyik rendellenesség fejlődik ki ténylegesen, számos egyéb tényező függvénye lehet, tekintve, hogy ez a genetikai hozadék nem direkt kapcsolatot jelent valamely idesorolt rendellenesség vonatkozásában. Sőt, a jutalomhiányos tünetegyüttes feltételezhetően jelen lehet sok szociálisan elfogadott vagy akár jutalmazott viselkedés hátterében is. Így a sportolás, különösen a veszélyes sportok esetében, de akár az állandóan kíváncsi, újdonságkereső, s ennek nyomán nyugtalan, sosem elégedett tudományos kutató tevékenység hátterében sem kizárt ennek a vonásnak a jelenléte.

### 2.1.3 Az addikciók komponens modellje

Hollander nem foglalkozott direkt módon az addikciókkal, és Blum és munkatársai is inkább impulzív zavarokról beszélnek, igaz, ők explicit módon is ide vonják mind a kémiai addikciókat, mind pedig a viselkedési addikcióként számon tartott zavarok közül többet. A háttérben meghúzódó hasonló addikciós folyamatokra utalva újabban a „process addictions” elnevezés is megjelent a szakirodalomban (Karim és Chaudhri, 2012; Smith, 2012).

A fenti két megközelítéstől ugyanakkor lényegében függetlenül, Griffiths (1995, 1997, 2005a) volt az, aki elsőként kezdett viselkedési addikciókról beszélni. A szakirodalom és klinikai leírások alapján Griffiths, a Brown (1993) által leírt tüneteket alapul véve, hat általános tünetet azonosított, amelyek különböző viselkedési addikciók esetében – testedzésfüggőség, szexuális addikciók, szerencsejáték-függőség, videojáték-függőség, internetfüggőség – egyaránt tetten érhetőek voltak. Ezeket az alábbiakban foglalom össze.

1. *Szaliencia*. Ez a tünet akkor van jelen, amikor az adott viselkedés az egyén életének legfontosabb részévé válik, dominálja gondolatait (belefeledkezés és igénytorzulás), érzelmeit (sóvárgás), viselkedését (szociális beállítottság romlása). A függő egyén gondolatai így módon szinte minden szituációban az adott viselkedés körül forognak. A viselkedés így módon a személy testi, lelki, társas vagy egyéb más területet érintő működésének károsodásával jár együtt, hiszen a függőséget kiváltó viselkedés *uralja* a személy mindennapjait; gondolatait csakúgy, mint az érzéseit (sóvárgás) és a viselkedését.
2. *Tolerancia*, azaz egyre gyakoribb, intenzívebb vagy nagyobb kockázatot jelentő viselkedésre van szüksége a személynek az elvonási tünetek elkerülése, illetve annak érdekében, hogy megfelelően érezze magát (pl. nagyobb tétek vagy sűrűbb játék a szerencsejátékos esetében, több és intenzívebb edzés a testedzésfüggő esetében stb.). A tolerancia különösen akkor figyelhető meg, amikor az adott viselkedés mértéke már nem elegendő ahhoz, hogy előző időszakokhoz hasonlóan észlelhető eredményt váltson ki. Ilyenkor a személy növeli a viselkedés gyakoriságát és/vagy intenzitását, hogy ismét tapasztalja az előzőleg átélt állapotjavulást.
3. *Megvonás*. A viselkedés hiányában, annak akadályozásakor jellegzetes *megvonásos tünetegyüttes* alakul ki. Ezek a tünetek kellemetlen érzést és kényelmetlen testi-lelki állapotot takarnak, amelyek a nem megtervezett, illetve az egyén akaratától független viselkedés-megvonásnak a következményei. A leggyakrabban jelentkező érzések az idegesség, az irritabilitás, a szorongás, a nyomottság, a hangulatingadozás, a rosszkedv, a depresszió, az alvászavar vagy egyéb testi és/vagy pszichés tünetek. A tünetek ugyanakkor változatosak is lehetnek az adott addikciótól függően.
4. *Konfliktus*. Ez a tünet az addiktív zavar okozta tényleges konfliktust jelenti az érintett egyén és a környezete között (*szociális konfliktus*), illetve az élet egyéb területein megjelenő ütközésekre utal (munka, szociális kapcsolatok, érdeklődés), továbbá magába foglalja a személy saját magával kapcsolatban kialakult intrapszichés konfliktusát (személyes konfliktus) is. A más személyekkel való konfliktus a családdal, barátokkal való kapcsolat romlásában jelentkezik, amit az adott addiktív viselkedéssel töltött túl sok idő, és ezzel párhuzamosan a kapcsolat elhanyagolása eredményez. A mindennapi élethez való, a környezet számára elfogadható viszonyulás hiánya is az addiktív viselkedéssel töltött idő következménye. A belső konfliktus akkor keletkezik, amikor a függő személy azt éli meg, hogy amit tesz, és ahogyan teszi, ártalmas, ennek ellenére nem képes abbahagyni a viselkedést.
5. *Hangulatmódosítás*. Ez a tünet arra a szubjektív élményre utal, amelyet az egyén az adott viselkedés következményeképpen tapasztal (pl. „feldobottság” vagy „felfrissülés” érzete, vagy a másik oldalról „menekülés”, illetve a „letargia” elkerülése). Bár az addiktív viselkedéssel kapcsolatosan a személyek – különösen a viselkedés kialakulásának kezdeti időszakában – többnyire beszámolnak egy pozitív hangulati módosulásról is (feldobottság, kellemes hangulat), többnyire már ebben az időszakban is megjelenik a negatív hangulat elnyomása is a viselkedés hátterében, s az addiktív karrier során többnyire ez a vonatkozás

erősödik. Ebben az értelemben az adott viselkedés egyfajta elkerülő magatartás, amely segít a hangulat szabályozásában, a mindennapos problémák elnyomásában, s ezzel összefüggésben a hangulat – átmeneti – javításában.

6. *Visszaesés.* A visszaesés a korábban megszokott, rendszeresen művelt cselekvéshez, viselkedéshez történő visszatérés egy kihagyott időszak után. Ez a kiesés lehet az egyéntől függő, vagy az egyéntől független választás is. Az egyéntől független kiesést okozhatja börtönbüntetés vagy elutazás, amikor a személy akarata ellenére kénytelen felhagyni az addiktív viselkedéssel. Más esetben saját döntés, esetlegesen kezelés eredményeképp alakul ki az absztinencia, de egy ponton bekövetkezik a relapszus. Jellemző, hogy az újrakezdéskor a tevékenység nagyon rövid időn belül ismét eléri a korábbi extrém magas szintet az aktivitásban.

Már itt érdemes figyelni arra, hogy a Griffiths által számba vett hat fő jellemző, bár eltérő hangsúlyokat emel ki, de számos ponton rokonságot mutat a DSM pszichoaktív-szer-dependenciára vonatkozó kritériumaival.

## 2.2 A viselkedési addikciók köre

A fentiek alapján érdemes számba vennünk, hogy mely zavarokra tekinthetünk viselkedési addikcióként. Mint láttuk, Hollander és Wong (1995) nem vetik fel, hogy a kémiai addikciók – a DSM-IV-TR nyelvhasználatában a pszichoaktív szerek használatával kapcsolatos dependencia és/vagy abúzus – is részét képezzék a spektrumnak, ugyanakkor számos olyan, elsősorban neurológiai jellegű tünetegyüttest is bevonnak az obszesszív-kompulzív spektrumba, amelyeket a viselkedési addikciók között általában nem tartunk számon (Demetrovics és Kun, 2010b). A következőkben, magam, egy a hollandi obszesszív-kompulzív spektrumnál szűkebb listát javasolok, amely azonban kiegészülhet olyan viselkedési addikciós jelenségekkel, amelyek ma még nem képezik a diagnosztikus rendszerek részét (2.2–1. táblázatban). Ily módon az addikciós spektrum része lehet a kémiai addikciók (pszichoaktív szer dependencia) mellett az impulzuskontroll-zavarok köre, az evési zavarok, a szexuális és nemi identitás-zavarok, illetve a szorongásos zavarok közül a kényszerbetegség. A DSM által nem jegyzett jelenségek közül javasolható a viselkedési addikciók közé az internetfüggőség, az online számítógépes- és videojátékokkal kapcsolatos függőség (online játék), a munkafüggőség, a testedzésfüggőség, a kényszeres vásárlás, a kodependencia, a patológiás bőrfelsértés. A lista viszonylag hosszan bővíthető lenne, s számos új javaslat merül föl újabb és újabb viselkedési addikcióként, valójában azonban azon jelenségek köre, ahol potenciálisan felmerül, hogy valóban betegség (addikció) tud kialakulni viszonylag jelentősebb populáció esetében, feltehetőleg nem sokkal bővebb a felsoroltnál.

2.2–1. táblázat A DSM-IV-TR szerint kódolható és a DSM-IV-TR-ben nem szereplő addiktív zavarok

DSM-IV-TR osztály			BNO-10 szerinti elnevezés (osztályozás)
	<b>DSM-IV-TR diagnózis</b>	<b>A zavar általánosan használt neve</b>	
Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok > Pszichoaktív-szer-használat zavarai			Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok
	<i>pszichoaktív-szer-dependencia</i>	alkohol- vagy drogfüggőség	<b>dependencia</b>
Szorongásos zavarok			Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek
	<i>kényszeres zavar</i>	kényszerbetegség	<b>obszesszív-kompulzív zavar</b>
Szexuális és nemi identitászavarok > Parafíliák			A felnőtt személyiség és viselkedés rendellenességei > A szexuális preferencia rendellenességei
	<i>exhibicionizmus</i>	szexuális addikció	<b>exhibicionizmus</b>
	<i>fetisizmus</i>	szexuális addikció	<b>fetisizmus</b>
	<i>frotteurizmus</i>	szexuális addikció	<b>a szexuális preferencia egyéb zavarai</b>
	<i>pedofília</i>	szexuális addikció	<b>pedofília</b>
	<i>szexuális mazochizmus</i>	szexuális addikció	<b>szadomazochizmus</b>
	<i>szexuális sadizmus</i>	szexuális addikció	<b>szadomazochizmus</b>
	<i>transzvesztita fetisizmus</i>	szexuális addikció	<b>fetisiztikus transzvesztitizmus</b>
	<i>voyeurizmus</i>	szexuális addikció	<b>voyeurizmus</b>
	<i>parafília MNO</i> – telefon szkatológia – nekrofilia – zoofilia – koprofilia – klismafilia – urofilia – parcializmus	szexuális addikció	<b>a szexuális preferencia egyéb zavarai</b> <b>a szexuális preferencia k.m.n.* zavarai</b>
		szexuális addikció	<b>a szexuális preferencia multiplex zavarai</b>
Evési zavarok			Viselkedészavar-szindrómák fiziológiai és fizikai tényezőkkel társulva > Evési zavarok (táplálkozási zavarok)
	<i>anorexia nervosa</i>		<b>anorexia nervosa</b>
	<i>bulimia nervosa</i>		<b>bulimia nervosa</b>
			<b>más pszichés zavarhoz társuló túlevés</b>
			<b>más pszichés zavarhoz társuló hányás</b>
Máshová nem osztályozott impulzuskontroll-zavarok			A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai > Kóros szokások és impulzuskontroll-zavarok
	<i>ismétlődő explozív zavar</i>		<b>Egyéb szokás- és impulzuskontroll-zavarok &gt; Intermittáló explozív zavar</b>
	<i>kleptománia</i>		<b>kleptománia</b>
	<i>pirománia</i>		<b>pirománia</b>
	<i>kóros játékszenvedély</i>		<b>kóros játékszenvedély</b>
	<i>trichotillománia</i>		<b>trichotillománia</b>
	<i>impulzuskontroll-zavar MNO**</i>		<b>egyéb szokás- és impulzuskontroll-zavarok</b>
			Viselkedészavar-szindrómák fiziológiai és fizikai tényezőkkel társulva
			<b>dependenciát nem okozó anyagok abúza</b>



DSM-IV-TR osztály		BNO-10 szerinti elnevezés (osztályozás)
	DSM-IV-TR diagnózis	A zavar általánosan használt neve
		internetfüggőség
		online játék függőség
		munkafüggőség
		kényszeres vásárlás
		vallási addikciók
		testedzésfüggőség
		kényszeres gyűjtögetés
		kodependencia
		patológiás bőrfelsértés
		izomdisztrófia

\*k.m.n. = külön megnevezés nélkül; \*\*MNO = máshol nem osztályozott.

Mint látható, a viselkedési addikciók igen heterogén csoportot alkotnak, meg kell azonban jegyezni, hogy maguk a kémiai addikciók sem sokkal homogénebbek. Ha az egyes pszichoaktív szerek közötti különbségeket vagy akár a használatuk és a velük kapcsolatos függőség jellemzőit tekintjük, a különbségek nem kisebbek, mint a viselkedési addikciók között.

A következőkben, az empirikus részben tárgyalt hat viselkedési addikció főbb jellemzőit foglalom össze. Az összefoglalókban, a disszertáció empirikus részéhez csatlakozva, elsősorban a tüneti és definíciós kérdésekkel, a mérőeszközökkel és epidemiológiai eredményekkel, valamint az etiológia kérdéseivel foglalkozom, utóbbi tekintetben főképp a pszichológiai vonatkozásokkal.

## 2.3 Problémás internethasználat és internetfüggőség

### 2.3.1 Definíciós kérdések

A jelenség elnevezésére többféle terminológia merült fel az évek során. Ezek közé tartozik az *internetaddikció*, az *internetaddikciós zavar*, a *patológiás, túlzott (excesszív), maladaptív, problémás* vagy *kompulzív internethasználat* és az *internetfüggőség* (Chou, Condon és Belland, 2005; Douglas és mtsai, 2008; Murali és George, 2007). Az elnevezések közül a legelterjedtebb talán az *internetfüggőség* és a *problémás internethasználat* (Demetrovics és mtsai, 2008). A rendellenesség nem szerepel a mentális zavarok nemzetközi osztályozási rendszereiben, bár a DSM-5 mellékletébe várhatóan bekerül (Holden, 2010). E pillanatban ugyanakkor nincs teljes konszenzus a tekintetben sem, hogy érdemes-e külön betegségként tekinteni az internet használatával kapcsolatos problémákra, vagy inkább egy egyéb zavarokat (pl. szorongást, depressziót) fedő

tünetcsoportról van szó. Nincs konszenzus abban sem, hogy milyen kritériumrendszer alapján határozzuk meg és mérjük az internetfüggőséget. A két leggyakoribb megközelítés közül az egyik az addiktológiai értelmezési keretet használja, és az internetfüggőséget viselkedési addikcióként vagy impulzuskontroll-zavarként határozza meg. A másik megközelítés a kognitív-viselkedési modell, amely elsősorban a problémás internethasználat patológiás kognitív és viselkedési jegyeit hangsúlyozza (2.3–1. táblázat).

Young (1998b) volt az első, aki a túlzott és problémát jelentő internethasználatot addiktív zavarként írta le; hangsúlyozva, hogy a problémás használók elveszítik a kontrollt internethasználatuk felett, fokozottan belemerülnek az internetezésbe, képtelenné válnak arra, hogy csökkentsék internetezésüket annak ellenére, hogy az számukra problémát okoz. Young, bár az internetfüggőségről mint addikciós problémáról beszél, az általa kidolgozott Diagnosztikus Kérdőívet (Diagnostic Questionnaire) mégis a kóros játékszenvedély kritériumai alapján alakította ki (2.3–1. táblázat). Young szerint az tekinthető internetfüggőnek, akinél az általa leírt nyolc tünetből legalább öt észlelhető. Beard és Wolf (2001) ugyanakkor úgy látják, hogy az internetfüggőség diagnózisához a Young által ajánlott nyolc kritériumból legalább hat meglelte lenne szükséges; így javasolják, hogy az utolsó három kritériumból legalább még egynek teljesülnie kelljen ahhoz, hogy az internetfüggőség diagnózisa kimondható legyen. Shaffer, Hall és Vander Bilt (2000) szintén bírálták Young kritériumrendszerét. Álláspontjuk szerint maga a kóros játékszenvedély viszonylag új konstruktum, számos nyitott kérdéssel, s felmerülhet, hogy az internetfüggőség valójában más pszichiátriai zavar tüneti megnyilvánulása (lásd pl. Treuer, Fabian és Furedi, 2001).

Griffiths (1998) az internetfüggőséget (akárcsak a számítógép-függőséget) technológiai addikcióként határozza meg, s a viselkedési addikciók közé sorolva a már fent ismertetett hat kritérium mentén definiálja. Az internetfüggőség viselkedési addikcióként való meghatározásakor az internethasználat maladaptív mintázata képezi a definíció alapját. A személy ismétlődő, tolakodó sürgetést érez arra, hogy a cselekvést (az internetezést) véghezvigye, amely aktuálisan örömet szerez számára, de a későbbiekben distresszhez és/vagy a mindennapi funkciók károsodásához vezet. Charlton (2002) újravizsgálta Griffiths hat kritériumát, hogy elkülönítse a függőket azoktól a személyektől, akik elköteleződtek ugyan az internet iránt, mégsem válnak patológiás felhasználókká. Eredményei szerint három kritérium (a kognitív szaliencia, a tolerancia és az eufória) periferiális aspektusa az internetfüggőségnek, míg a központi magnak az addikció szempontjából az elvonási tünetek, a relapszus, a konfliktus és a viselkedési szaliencia (az interferencia az evéssel, alvással) tűnik.

Davis (2001) kognitív-viselkedési megközelítésben konceptualizálja a patológiás internethasználatot. E szerint az internetfüggőség egy meghatározott, internethez kapcsolódó kognitív és viselkedési mintázat, amely negatív következményekhez vezet az illető életében.

2.3–1. táblázat Az internetfüggőség kritériumai az egyes szerzők szerint

Szerző	Kritériumrendszer alapja	Diagnosztikai kritériumok
Young (1998b)	Kóros játékszenvedély (impulzuskontroll-zavar)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Az internettel való intenzív foglalkozás (a korábbi online aktivitásra gondolás vagy annak jövőbeli anticipálása).</li> <li>2. Ugyanakkora öröm eléréséhez megnövekedett idejű online jelenlét (<i>tolerancia</i>).</li> <li>3. Ismételt erőfeszítés az internethasználat csökkentésére vagy abbahagyására.</li> <li>4. Idegesség, depresszió vagy hangulati labilitás, amikor az internethasználatot korlátozzák (<i>megvonás</i>).</li> <li>5. Az előre eltervezetnél hosszabb online időtöltés.</li> <li>6. Az internethasználat miatti munkavégzésbeli vagy kapcsolati károsodás.</li> <li>7. Hazudozás másoknak arról, hogy mennyi időt tölt internethasználattal.</li> <li>8. Internethasználat hangulatszabályozás céljából.</li> </ol>
Griffiths (1998)	Viselkedési addikció	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Szalencia (a személy életében dominánssá válik az internetezés).</li> <li>2. Hangulatszabályozás (az internetezésből származó pozitív érzelmek, illetve a negatív érzelmek kivédése).</li> <li>3. Tolerancia.</li> <li>4. Megvonási tünetek.</li> <li>5. Konfliktus (önmagával, más tevékenységgel vagy más személyekkel az internetezés miatt).</li> <li>6. Relapszus (az internetezés újult erővel történő újratekzdése a leállás kísérletét követően).</li> </ol>
Caplan (2002)	Kognitív és viselkedéses zavar	<p><u>Kogníciók</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Észlelt szociális előnyök: a használó preferenciája az online társas viselkedésre az élő kapcsolatokhoz képest.</li> <li>2. Észlelt szociális kontroll: a használó az online kommunikációt kontrollálhatóbbnak érzi, mint a szemtől szembenit.</li> <li>3. Megvonás.</li> </ol> <p><u>Viselkedés</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kompulzív használat.</li> <li>5. Hangulatszabályozás: internethasználat a problémák vagy érzések előli menekülés vagy az azokkal való megküzdés céljából.</li> <li>6. Excesszív használat: túlzott online időtöltés.</li> </ol> <p><u>Következmények</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Negatív következmények.</li> </ol>
Shapira és mtsai (2003)	Impulzuskontroll-zavar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Az internet excesszív használata a tervezett időn túl és/vagy ellenállhatatlan kényszer az internettel való foglalkozásra.</li> <li>2. Az internettel való foglalkozás a társas helyzetekben való gyengébb működéshez, distresszhez vagy más károsodáshoz vezet.</li> <li>3. A túlzott internethasználat nem kizárólagosan a hipománia vagy a mánia epizódjaiban jelentkezik, és nem magyarázható jobban más, az I. tengelyen jelölt zavarral.</li> </ol>

### 2.3.2 Az internetfüggőség típusai

Davis (2001) két típusra osztotta a problémás internethasználatot: *specifikus* (egy bizonyos funkció, pl. online játék, chat, pornográfia túlzott használata) és *generalizált* (az internet multidimenzionális túlhasználata) változatra. Young, Pistner, O'Mara és Buchanan (1999) az internetfüggőség öt típusát írták le, amelyek a következők: cyberszexuális addikció, cyberkapcsolati addikció, netkompulzió (pl. szerencsejáték vagy internetes vásárlás), túlzott információszerzés (kompulzív böngészés), számítógép-addikció (túlzott játék). Lenihan (2007) és mások ugyanakkor felvetik, hogy az online szerencsejátékos elsődlegesen szerencsejátékos, amely zavarnál az internet, illetve funkciói csak közvetítői, megjelenési felületei egy már meglévő problémának. Hasonlóképp az online játékfüggő vagy a kompulzív online pornográfia-fogyasztó esetében sem az internet az addikció elsődleges tárgya. A kritikai felvetések ellenére mégis újabbnál újabb addikciókat írnak le az internetfüggőségen belül. Ilyen például az online aukciós addikció (C. Peters és Bodkin, 2007); az MMOG-függés (Charlton és Danforth, 2007; M. Liu és Peng, 2009) vagy az MMORPG-addikció (S. H. Hsu, Wen és Wu, 2009). Jelen disszertáció keretében magam is azt a szemléletet követem, amely szerint az internetfüggőség az internet általános használatára vonatkozik, azaz, amikor a személy az internetet valamilyen speciálisan ezen a fórumon elérhető szolgáltatás vagy tartalom miatt használja, amelyben tehát az internet nem pusztán csatornát jelent, hanem magát a célt is. Másképp fogalmazva az internetfüggőség az internetes tartalomtól és/vagy szolgáltatástól, s nem az internettől, mint csatornától való függőség. Ebből következően azon esetekben, ahol az internet pusztán közvetítő eszköz (online szerencsejáték, online szexfüggőség) maga az elsődleges függőség kerül a fókuszba, s annak online elérhetősége csak egy speciális eleme az eredeti addikciónak. Ezen elvi elkülönítés mellett azért a valóságban a különböző jelenségek természetesen átfednek, s az internetfüggőség tágabb jelensége magába foglalhatja a specifikus alkalmazásoktól való függőséget is. Mindazonáltal, a következőkben, az online játék példáján keresztül látni fogjuk, hogy az egyes specifikus jelenségek jól el is választhatók.

### 2.3.3 MÉRŐESZKÖZÖK

Az internetfüggőség, illetve a problémás internethasználat mérésére vonatkozóan több mérőeszköz is készült az elmúlt években, amelyek egy része egyúttal a problémás internethasználat összetevőit is megkísérelte azonosítani (Beard, 2005; Chou és mtsai, 2005; Jia és Jia, 2009) (lásd 2.3–2. táblázat). A két legkorábbi mérőeszköz Young (1998a, 1998b) nevéhez fűződik. A fentebb már említett, 8-tételes Diagnosztikus Kérdőív (Diagnostic Questionnaire) eldöntendő kérdésekből áll, míg a 20-tételes Internet Addikciós Teszt vagy Skála (Internet Addiction Test/Scale, IAT/IAS) 5-fokú Likert skálával dolgozik. Az IAS alapján több más kérdőívet is kifejlesztettek, valamint történtek kísérletek ezek validálására, illetve esetleges alfaktorainak azonosítására. Widyanto és McMurran (2004) például hat faktort találtak, amelyek a szalienzia, az excesszív használat, a munka elhanyagolása, a várakozás, a kontrollhiány és a szociális élet elhanyagolása területeit fedik le. Ugyanakkor Chang és Law (2008) hongkongi diákok körében végezett elemzésük során három faktort találtak. Ezek a megvonás és szociális problémák, az időkezelés és teljesítmény, valamint a

valóság helyettesítése elnevezéseket kapták. Más kutatások ugyanakkor az IAS faktoranalízise eredményeképp egyetlen faktort javasoltak (pl. Khazaal és mtsai, 2008).

Caplan (2002) Generalizált Problémás Internethasználat (Generalized Problematic Internet Use) kérdőíve, illetve Davis, Flett és Besser (2002) Online Kogníciós Skálája (Online Cognition Scale) elméletvezérelt mérőeszközök: a patológiás internethasználat kognitív-viselkedési modelljét használva dolgozták ki őket. Ugyanakkor kevés számú kutatásban alkalmazták ezeket a későbbiekben annak ellenére, hogy pszichometriailag a jobban kidolgozott eszközök közé tartoznak. Jia és Jia (2009) a diszkriminációs validitást is figyelembe véve újraszerkesztették az Online Kogníciós Skálát, amelyet kétfaktorossá (függőség és elterelés faktorok) alakítottak.

#### 2.3.4 Epidemiológia

Az internetfüggőség elterjedtségére vonatkozóan nagyon eltérő adatok jelentek meg a szakirodalomban attól függően, hogy mikor, milyen mintán, illetve milyen módszerrel történt a felmérés, milyen mérőeszközt és kritériumrendszert alkalmaztak a kutatók (2.3–3. táblázat). A legkisebb prevalencia-érték 0,3–0,7% között alakult, amelyet felnőtt lakosság körében azonosítottak az Egyesült Államokban (Aboujaoude, Koran, Gamel, Large és Serpe, 2006). Norvég serdülők reprezentatív mintáján ugyanakkor 1,98%-os prevalenciát találtak (Johansson és Gotestam, 2004). A legmagasabb, 10% feletti értékeket többnyire Ázsiában mérték, nem reprezentatív mintákon.

## 2.3–2. táblázat Az internetfüggőség különböző mérőeszközei

Szerzők	Mérőeszközök	Tételek	Faktorok	Vizsgálati személyek (módszer)
Young (1998b)	Diagnostic Questionnaire	8	–	396 függő, 100 nem függő személy (online felmérés és telefonos interjú)
Young (1998a)	Internet Addiction Scale (Test)	20	–	
Brenner (1997)	Internet-Related Addictive Behavior Inventory (IRABI)	32	–	563 személy (online felmérés)
Lin és Tsai (1999, 2002)	Internet Addiction Scale for Taiwan High Schoolers (IAST)	20	1. tolerancia 2. kompulzív használat és megvonás 3. kapcsolódó problémák: családi, iskolai, egészségi 4. kapcsolódó problémák: interperszonális és financiaális	615 tajvani gimnazista (papír-ceruza felmérés)
Morahan-Martin és Schumacher (2000)	Pathological Internet Use Scale	13	–	277 egyetemista (papír-ceruza felmérés)
Davis, Flett és Besser (2002)	Online Cognition Scale (OCS)	36	1. csökkent impulzuskontroll 2. magányosság/depresszió 3. szociális vigasz 4. elterelés	211 egyetemista
Caplan (2002)	Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS)	29	1. hangulatszabályozás 2. észlelt szociális előnyök 3. negatív következmények 4. kompulzív használat 5. túlzott online időtöltés 6. megvonás 7. észlelt szociális kontroll	386 egyetemista
Huang, Wang, Qian, Zhong és Tao (2007)	Chinese Internet Addiction Inventory	31	1. konfliktusok 2. hangulatszabályozás 3. függőség	1029 egyetemista (papír-ceruza felmérés)
Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst és Garretsen (2009)	Compulsive Internet Use Scale	14	–	447 és 229 fő intenzív használó, valamint 16 925 fő normál használó (online felmérés)

2.3–3. táblázat Az internetfüggőség prevalenciaadatai

Szerzők	Mintagyűjtés helye	Vizsgálati személyek (átlagéletkor)	Módszerek	Mérőeszközök	Internetfüggőség kritériumai	Életprevalencia
Morahan-Martin és Schumacher (2000)	USA	277 fő egyetemista (20,71 év, SD: 2,35)	papír-ceruza	Pathological Internet Use Scale	8 vagy több tünet	8,1%
Wang (2001)	Ausztrália	217 fő egyetemista (24,97 év, SD: 9,35)	papír-ceruza	10 tétel az internetfüggőség tüneteire vonatkozóan, igen/nem válasszal	4 vagy több tünet	4%
Whang, Lee és Chang (2003)	Dél-Korea	13 588 fő használó (26,74 év, SD: 7,27)	online	Internet Addiction Scale (Young)	60 feletti pontszám	3,5%
Johansson és Götestam (2004)	Norvégia	3237 fő serdülő (14,9 év) reprezentatív minta	telefon, postai út	Diagnostic Questionnaire (Young)	5 vagy több igen válasz	1,98%
Aboujaoude és mtsai (2006)	USA	2513 fő felnőtt (48,5 év)	random mintavétel, telefon	8 internettel kapcsolatos kérdés	4 lehetséges problémás internethasználati kritériumrendszer	0,3–0,7%
Yang és Tung (2007)	Tajvan	1708 fő középiskolás (17–19 év)	papír-ceruza	DQ (Young)	5 vagy több igen válasz	13,8%
Cao, Su, Liu és Gao (2007)	Kína (Changsha)	2620 fő középiskolás (15,2 év, SD: 3,5)	random, papír-ceruza	DQ (Young)	6 vagy több igen válasz	2,4%
Mythily, Qiu és Winslow (2008)	Szingapúr	2735 fő diák (13,9 év, SD: 1,0)	random, papír-ceruza	internethasználati idő	napi 5 óránál több internethasználat	17,1%
Park, Kim és Cho (2008)	Dél-Korea	903 fő serdülő	papír-ceruza	IAS (Young)	70 feletti pontszám	10,7%
Jang, Hwang és Choi (2008)	Dél-Korea	912 fő középiskolás (13,9 év)	papír-ceruza	IAS (Young)	70 feletti pontszám	4,3%
Siomos, Dafouli, Braimiotis, Mouzas és Angelopoulos (2008)	Görögország	2200 fő serdülő (15,34 év, SD: 1,66)	random, papír-ceruza	DQ (Young)	5 vagy több igen válasz	5,9%
Kim és mtsai (2010)	Hongkong	2427 fő egyetemista (18,9 év)	papír-ceruza	internethasználati idő	napi 4 vagy több óra	14,8%

#### 2.3.4.1 Nemi különbségek a problémás internethasználatban

A kutatások kezdetben azt mutatták, hogy a problémás használók többsége férfi. Morahan-Martin és Schumacher (2000) azt találták, hogy a férfiak négyszer valószínűbben válnak problémás internethasználóvá, mint a nők, amit elsődlegesen a férfiak technológiai újdonságokkal szembeni nyitottságával hoztak összefüggésbe. Ugyanakkor Young már korán (1998a, 1998b) felhívta a figyelmet a nők, elsősorban a középkorú háziasszonyok sérülékenységeire is. A későbbi kutatások mindazonáltal nagy részben megerősítették azokat az eredményeket, miszerint a férfiak nagyobb eséllyel válnak internetfüggőkké, mint a nők (pl. Canbaz, Sunter, Peksen és Canbaz, 2009; Korkeila, Kaarlas, Jääskeläinen, Vahlberg és Taiminen, 2010; Lam, Peng, Mai és Jing, 2009; Siomos és mtsai, 2008; Yang és Tung, 2007). Néhány más vizsgálat azonban nem talált nemi különbségeket (K. Kim és mtsai, 2006; Parker, Taylor, Eastabrook, Schell és Wood, 2008).

#### 2.3.4.2 Fiatalok internetfüggőségi kockázata

Több olyan populációt ír le a szakirodalom, amelyek az átlagosnál veszélyeztetettebbek a problémás internethasználat vonatkozásában. Az egyik ilyen a serdülő korosztály, amely részben az életkori sajátosságok folytán, részben pedig az iskolával összefüggő életmód (az internethasználat elterjedése a tanulásban, oktatásban, valamint a kollégiumi elhelyezés) miatt lehet fokozottan érintett az internetfüggőség szempontjából. Utóbbi ok miatt nemcsak a serdülők vannak veszélyben, hanem a fiatal felnőtt egyetemisták is, akik a szülői felügyelettől és különösen az addigi szociális hálójuktól messze folytatják tanulmányaikat (Kandell, 1998). Ennek a két életkori szakasznak a feladata az identitás és az intim kapcsolatok kialakítása (Erikson, 1968). Az identitás próbálgatásának, a kapcsolatépítésnek a lehetősége és a gyorsan mélyülő intimitási szint az internet olyan jellemzői, amelyek a serdülőket és fiatal felnőtteket az internet felé terelhetik.

#### 2.3.5 Komorbiditás

Az internetfüggőség más pszichiátriai tünetekkel vagy állapotokkal való együttjárását klinikai és nem klinikai mintákon egyaránt vizsgálták. A leggyakoribb klinikai zavarok az internetfüggőséggel diagnosztizált betegek között a depresszió és egyéb hangulatzavarok, valamint a szorongásos zavarok (pl. a szociális fóbia, generalizált szorongás) (Bernardi és Pallanti, 2009; Ko, Yen, Chen, Chen és Yen, 2008; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla és McElroy, 2000). Egyúttal mind a depresszió, mind a szorongás mértéke együtt jár az internetfüggőség súlyosságával nem klinikai populációban is (Ha és mtsai, 2007; K. Kim és mtsai, 2006; Young és Rodgers, 1998b). Az internetfüggőség diagnosztikai kritériumait figyelembe véve nem meglepő, hogy a problémás internethasználat és az obszesszív-kompulzív tünetek, valamint a pszichoaktív-szer-dependencia is gyakran társuló zavarok (Bernardi és Pallanti, 2009; Gong és mtsai, 2009; Ha és mtsai, 2007; Jang és mtsai, 2008; Ko és mtsai, 2006; Korkeila, Kaarlas, Jääskeläinen és mtsai, 2010; Shapira és mtsai, 2000). Az



internetfüggőséggel diagnosztizált személyek körében gyakrabban fordulnak elő még evészavarok és különféle személyiségzavarok (pl. borderline, elkerülő, kényszeres) (Bernardi és Pallanti, 2009; Shapira és mtsai, 2000). Továbbá mind gyerekeknél, mind serdülőknél, mind egyetemistáknál bizonyították, hogy az internetfüggőség mértéke és az ADHD tüneteinek súlyossága összefüggnek (Cao és mtsai, 2007; Ko és mtsai, 2008; Yen, Yen, Chen, Tang és Ko, 2009; Yoo és mtsai, 2004).

### 2.3.6 Az internetfüggőség következményei

Young (1998b) öt kategóriába sorolja azokat a problémákat, amelyeket a túlzott internethasználat okozhat.

1. *Iskolai*: irreleváns weboldalakon való szörfözés, chatszobákban való csevegés, interaktív játékokkal való időtöltés a produktív aktivitás kárára; nehézség a házi feladatok elvégzésében, a vizsgákra való készülésben, vagy az elegendő alvás megszerzésében ahhoz, hogy másnap reggel beérjenek az iskolába; mindezek rossz tanulmányi eredményhez vagy az iskolából való eltanácsoláshoz vezethetnek.

2. *Kapcsolatokat érintő*: házastársi, párkapcsolati, szülő–gyerek kapcsolati, szoros baráti kapcsolatok elszegényedése amiatt, hogy a függők kevesebb időt töltenek valós emberi viszonyokkal; a reális kapcsolatokat szétfűzhatják az új, online kapcsolatok is (online szexuális kalandok).

3. *Financiális*: ez a legváltozékonyabb tényező, függ az adott ország internet-elérési lehetőségeitől és persze az új technológiák bevezetésétől; az internetes vásárlás, az aukciózás és a szerencsejáték addiktív formái egyaránt vezethetnek pénzügyi problémákhoz.

4. *Munkabeli*: a munkahelyi online elérés személyes célú használata, illetve a munkateljesítmény romlása.

5. *Egészségügyi*: az alvási ciklus megváltozásából adódó (alváshiány és emiatt koffeintabletta szedése, fáradtság), kézfejet és alkart érintő tünetek, látásromlás, epilepsziás roham (videojáték által indukáltan) (Griffiths, 1998), hátfájás (Murali és George, 2007), túlsúly és egészségtelen táplálkozás (J. H. Kim és mtsai, 2010).

Az internet intenzív használata továbbá hozzájárulhat a magányosság, a frusztráltság és a depresszió érzéséhez (Clark, Frith és Demi, 2004; Kraut és mtsai, 1998; Young és Rodgers, 1998b). Mint láttuk, szoros az összefüggés a szorongásos és depressziós tünetekkel, bár az oki kapcsolat iránya nem egyértelmű.

Mindazonáltal úgy tűnik, hogy – különösen a fiataloknál – a fokozott internethasználat pozitív hatással is bírhat a barátokkal, iskolatársakkal való kapcsolatokra (pl. új emberekkel való ismerkedés, vagy kommunikációs eszköz a barátokkal való kapcsolattartásban) (Chou és mtsai, 2005).

### 2.3.7 Etiológia

#### 2.3.7.1 Az internethasználat jellemzőinek internetfüggőséggel való kapcsolata

Az internetet számos különböző céllal használják. Legfontosabb alkalmazásai az információszerzést szolgáló böngészés, az online játék, az internet szociális, kapcsolatteremtő, kommunikációs célból történő használata (e-mail, chat, azonnali üzenetküldés, fórumok, közösségi oldalak, ismeretségi hálózatok, társskereső oldalak stb.), a vásárlás, az online aukció, a szerencsejáték, a különböző adatletöltések (pl. zenék, filmek, videók), a felnőtt tartalmak böngészése, a blogírás stb. Számos vizsgálat alátámasztotta azt a tényt, hogy az internet legaddiktívabb területe az internet szociális aspektusa, és azon belül is elsősorban a szinkrón (azonos idejű) interaktív alkalmazások. Ennek során a felek azonos időben vannak jelen és lépnek interakcióba egymással (pl. chat, online játék, azonnali üzenetek váltása) (Bayraktar és Gun, 2007; Chang és Law, 2008; Li és Chung, 2006; Van den Eijnden, Meerkerk, Vermulst, Spijkerman és Engels, 2008; Whang és mtsai, 2003; Yang és Tung, 2007; Young, 1997). Ezen alkalmazásoknál nem kell a válaszra hosszú ideig várni, az azonnaliság maradéktalanul teljesül.

A kommunikáció történhet olyan emberekkel, akiket a személy nem az interneten ismert meg, vagy akikkel az interneten kívül is találkozik, illetve használhatják az internetet új kapcsolatok kiépítésére, és az azon való kapcsolattartásra is anélkül, hogy az átfordulna személyes találkozásba. Számos kutatás arról számolt be, hogy a problémás használat elsősorban az új kapcsolatok létrehozása céljából történő internetes kommunikációval függ össze (Bessière, Kiesler, Kraut és Boneva, 2008; Morahan-Martin és Schumacher, 2000; Whang és mtsai, 2003). A kutatások arra is felhívják a figyelmet, hogy a családdal, barátokkal való kommunikáció, legyen az akármilyen intenzív, nem eredményez problémás internethasználatot (H.-K. Kim és Davis, 2009). Ennek lehetséges mechanizmusa a szociális támogatás depressziót, magányt, negatív érzelmeket csökkentő hatása az online kommunikáción keresztül (Bessière és mtsai, 2008; LaRose, Eastin és Gregg, 2001).

#### 2.3.7.2 Az internet jellegzetességeinek hozzájárulása a problémás használatához

A problémás internethasználat okainak feltérképezése során magának az internetnek mint médiumnak a jellemzőit is vizsgálnunk kell. A legfontosabb és legszéleskörűbben tárgyalt ilyen jellegzetesség az *anonimitás*. Az anonimitás csökkenti a másokkal való interakció keltette szorongást. Anonim helyzetben az emberek közvetlenebbek, nyitottabbak, aminek következtében a kapcsolatok gyorsabban érik el az intimitás mélyebb szintjét, a közelség érzését (Morahan-Martin és Schumacher, 2000; Young, 1997). Csökkenti továbbá a társas interakciótól való szorongást az is, hogy az internethasználó jobban tudja *kontrollálni* az interakciót. Bármikor kiléphet belőle, illetve az online kommunikáció tempója könnyebben szabályozható, mint a szemtől szembeni kommunikáció ritmusa (L. Rice és Markey, 2009). Caplan (2005) az énbemutató és benyomásformáló kontrollját is kiemeli az észlelt előnyök kapcsán, amelyek ismételten hozzájárulnak az interakciók gyors elmélyüléséhez. Ezek alapján a számítógép mediálta kommunikációt hiperperszonálisnak is

nevezik (J. B. Walther, 1996). Az internet *interaktív* lehetőségei a valóságos, fizikai egyedüllét ellenére a másokkal való kapcsolatban lét érzését keltik. A *fizikai jelenlét hiánya* következtében pedig a nem, az életkor, az etnikai hovatartozás, a szocioökonómiai státusz, a földrajzi elhelyezkedés, a családi állapot, a valós vagy vélt testi fogyatékoságok rejtve maradnak a partner számára, és lehetővé válik a szabad önkifejezés, vagy akár egy új, csak online létező személyiség, identitás kifejlesztése (Young és Rodgers, 1998a). Az internet könnyű hozzáférhetősége, elterjedtsége és olcsósága is mind-mind olyan tényezők, amelyek lehetővé teszik annak kiterjedt használatát.

#### 2.3.7.3 Internetfüggőség és személyiség

Az egyik leginkább vizsgált pszichológiai zavar az internetfüggőség vonatkozásában a *depresszió* (Caplan, 2002; K. Kim és mtsai, 2006; LaRose és mtsai, 2001; Mythily és mtsai, 2008; Spada, Langston, Nikcevic és Moneta, 2008; Yang és Tung, 2007; Young és Rodgers, 1998b). Nehéz ugyanakkor az ok-okozati kapcsolat megállapítása, így egyaránt elképzelhető, hogy (1) a fokozott internethasználat következményeként jelennek meg hangulati problémák; illetve hogy (2) a depresszív tünetek nyomán fordul valaki az internet felé, amely segít kompenzálni a tüneteit, elterelni gondolatait a problémáiról, vagy enyhíti depresszióját az interneten elérhető szociális támasz, pozitív élmények stb. által. A leginkább valószínű azonban, hogy a két folyamat kölcsönösen hat egymásra, azaz a kezdeti hangulati problémák hozzájárulhatnak a fokozott internethasználatához, amely azonban hosszú távon rontani fogja a tüneteket.

Young és Rodgers (1998a) eredményei szerint azok az internethasználók, akik hajlamosabbak a *magányosabb*, szociálisan inaktív életstílusra, nagyobb eséllyel válnak problémás internethasználókká. Mások szintén alátámasztották azt a feltevést, hogy a magányosabb emberek veszélyeztetettebbek az internetfüggőség kapcsán (Caplan, 2002; Morahan-Martin és Schumacher, 2000; Nalwa és Anand, 2003; Whang és mtsai, 2003). Szintén összefüggés mutatkozik a problémás internethasználat és az alacsony *önértékelés* között (Armstrong, Phillips és Saling, 2000; Caplan, 2002; De Berardis és mtsai, 2009; Niemz, Griffiths és Banyard, 2005; Yang és Tung, 2007). Mind a magányosság, mind az önértékelés esetében – hasonlóan a depresszióhoz – kölcsönös ok-okozati viszony feltételezése a legvalószínűbb.

Született néhány longitudinális vizsgálat is az ok-okozati viszonyok kiderítése céljából. Kraut és munkatársai (1998) korai vizsgálatukban 169 fő esetében követték nyomon az internet bekötésétől kezdve az első egy-két éven át az internethasználat hatását a családi kommunikációra, a pszichológiai jóllétre és egyéb szociális kapcsolatokra. Eredményeik azt mutatták, hogy a nagyobb mértékű internethasználat a családi kommunikáció és a szociális kör mértékének csökkenésével, továbbá a depresszió és magányosság növekedésével kapcsolódott össze. Megfogalmazták az *internet paradoxonjának* tételét, miszerint, bár az internetet kommunikációra használják elsősorban, a fokozott használat ellenére inkább a szociális bevonódottság és a pszichológiai jóllét csökkenésével jár együtt. Magyarozatként felmerül, hogy az emberek erős, valós kapcsolati kötődéseiket helyettesítik internetes, szegényesebb minőségű, új társas viszonyaikkal, amelyeket nem tudnak beágyazni korábbi kapcsolatrendszerükbe. Az internethasználat ezen

negatív hatásai azonban a vizsgálat harmadik évének végére eltűntek (Kraut és mtsai, 2002). Később nem sikerült megismételni a korábbi eredményeket, azonban néhány újabb változó is fókuszba került. Az egyik ilyen tényező az *extraverzió-introverzió* vonása volt (Kraut és mtsai, 2002). A longitudinális vizsgálat eredménye szerint az extravertáltak esetében az internethasználat jó hatással volt a közösségi bevonódásra és az önértékelésre, valamint a magányosság nagyobb csökkenésével járt az introvertáltakhoz képest.

Bessiere és munkatársai (2008) az internetes kommunikáció újabb aspektusát vették górcső alá. Hat hónapos longitudinális vizsgálatuk eredményei szerint az internethasználat önmagában csak nagyon kis mértékben kapcsolódott a használók jóllétéhez. Ugyanakkor azok az emberek, akik *a barátaikkal, családtagjaikkal való kommunikációra* használták az internetet, csökkenő depressziót mutattak. Azoknál viszont, akik új emberekkel ismerkedtek az interneten, az internethasználat kapcsolódott a depresszió növekedésével; elsősorban azonban azok esetében, akik korábban nagyobb valós (offline) szociális támogatási szinttel rendelkeztek. Van den Eijnden és munkatársai (2008) longitudinális vizsgálatában a depresszió hat hónappal későbbi növekedése az *azonnali üzenet* használatával kapcsolódott.

Tekintve, hogy az internetfüggőség egyik lehetséges értelmezési keretét az impulzuskontroll-zavarokkal való rokonsága adja, felmerül a problémás internethasználat *impulzivitással, gátolatlansággal* vagy a *szenzoros élménykereséssel* való kapcsolata. A kutatások többsége a szociális gátolatlanság (Morahan-Martin és Schumacher, 2000; Niemz és mtsai, 2005), a szenzoros élménykeresés (Lin és Tsai, 2002), az impulzivitás (Cao és mtsai, 2007; De Berardis és mtsai, 2009) és a csökkent önkontroll (E. J. Kim, Namkoong, Ku és Kim, 2008) esetében igazolta ezt a kapcsolatot. Ugyanakkor a szenzoros élménykeresést illetően az eredmények nem egyértelműek, pl. Armstrong és munkatársai (2000) kutatásában a szenzoros élménykeresés nem jelezte előre az internetfüggőséget.

Ko és munkatársai (2006) *temperamentumjellemzőket* vizsgálva gimnazisták körében azt találta, hogy az internetfüggőség magas újdonságkereséssel, magas fájdalomkerüléssel és alacsonyabb szintű jutalomfüggőséggel jár együtt. Cho, Kim, Kim, Lee és Kim (2008) azonban, szintén gimnazista populáción, magasabb önirányultságot és együttműködést, ugyanakkor alacsonyabb újdonságkeresést és transzcendenciaélményt talált a problémás internethasználók között.

## 2.4 Problémás online játszás és függőség

Az online játékok megjelenésük óta egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek és a technikai fejlődésnek köszönhetően már sokak számára könnyen elérhetőek. Bár az online játékok felületét az internet adja, valójában ennek a területnek a kutatása az elmúlt évek során teljes egészében elvált az internetfüggőség kutatásától, hiszen mint, ahogyan fentebb is említettem, itt teljesen önálló jelenségről van szó, amelyhez az internet csupán a csatornát szolgáltatja.

Az online játékok jellemzően többféle platformon játszhatóak, ennek két legelterjedtebb csoportja a számítógépek és a konzolok, s ennek megfelelően az *online számítógépes játék* elnevezés és a *videojáték* (ami tulajdonképpen az előbbieket is magába foglalja) elnevezés egyaránt elterjedt. Magam, az alábbiakban általában egyszerűen online játékként, videojátékként vagy az online gaming elnevezéssel utalok ezen játékok teljes

körére, míg a számítógépes játékok szűkebben a személyi számítógépen keresztül elérhető játékok körét jelzi csak. Amennyiben a videojátékokat online és offline típusúakra bontjuk, a két csoportot összehasonlítva, markáns különbségeket találhatunk, melyek nagyban meghatározzák a felhasználói szokásokat. Az offline játékokat főként egyedül játsszák, a játékoknak van egy kiinduló és egy végpontjuk, valamint egyedül megvalósítható célokat tartalmaznak. Az online játékokban ezzel szemben egyidejűleg több játékos vesz részt, akik kommunikálhatnak, kooperálhatnak és versenghetnek egymással. Számukra a feladatok sosem érnek véget, mert a játék folyamatosan új célokkal frissül, nincsen benne igazi visszalépés, tartalmaz olyan célokat, amelyeket csak csoportosan lehet megvalósítani, lehetőséget ad az azonnali teljesítmény összemérésre, és ezáltal a társas összehasonlításra (Griffiths, 2010b; M. G. Kim és Kim, 2010; D. Williams, Ducheneaut, Xiong és Yee, 2006). Az online játékokat tehát elsősorban azok társas jellege különbözteti meg az offline játékoktól (Charlton és Danforth, 2007; Choi és Kim, 2004; Ducheneaut és Moore, 2005; M. G. Kim és Kim, 2010). Bár vannak olyan játékok, amelyekben keverednek a fenti tulajdonságok, a játékok többsége illeszkedik a bemutatott csoportok egyikébe. A két játékkategória tulajdonságainak köszönhetően, népszerűségében is eltér egymástól. De Prato és munkatársai (De Prato, Feijóo, Nepelski, Bogdanowicz és Simon, 2010) rámutatnak, hogy a videojátékosok majd 70%-a inkább az online játékokat preferálja az offline játékokkal szemben.

#### 2.4.1 Az online játékok típusai

Az online játékok első képviselői, a Multi-User Dungeon játékok (MUD: szöveg alapú virtuális világok), az 1970-es években jelentek meg (R. Bartle, 2003). Ezek a hagyományos szerepjátékokon alapultak, de immár egy olyan digitális közegben játszódtak, ahol egyszerre több játékos is jelen lehetett és játszhatott egyazon időben. Ez a közeg olyan sok új lehetőséget nyújtott (szinkron chat, interakció a játékosok között, egy időben zajló tevékenységek, kooperáció vagy erőösszemérés), melyek miatt a MUD-ok népszerűsége folyamatosan növekedett, párhuzamosan az internethasználók számával.

Az online játékok megnevezésére kialakult mozaikszavak (pl. MOG – multiplayer online game, MMO – massively multiplayer online stb.) egyes tagjainak áttekintésével jobban megérthetjük a típusok főbb jellemzőit. A *massively* szó arra utal, hogy egyszerre nagyon sok, akár több ezer játékos is tevékenykedhet ugyanabban a virtuális játéktérben. A *multiplayer* szó az egyazon virtuális közegben történő szimultán tevékenységeket jelenti, az *online* szó pedig az internet alapú közeg jelzője (Barnett és Coulson, 2010). A mozaikszavak egyben a komplexitás fokozatait is jelölik. A játékok jelenleg létező legösszetettebb formái az MMOG-k (massively multiplayer online game), amelyek állandóan létező virtuális tereket kínálnak az őket benépesítő sok ezer játékosnak. Ennél egyszerűbb forma az MOG (multiplayer online game), amelyet a játékosok szintén együtt játszanak, de jóval kisebb számban (pl. 4–16 játékos), és a játékok nem nyújtanak állandó szinkron tereket. Az OG (online game) elnevezés pedig annyit jelent, hogy az adott játék internetes felületen játszható, de nem feltételezi a többjátékos módot.

Általában elmondható, hogy az MMO játékok megegyeznek hat tulajdonságban, amelyek révén az online játékok legösszetettebb típusainak tekinthetők. (1) *Állandó virtuális világok*, vagyis akkor is léteznek, ha éppen egyik játékos sincs online. (2) Konzisztens és többnyire realisztikus *fizikai szabályok* érvényesülnek bennük (pl. tér és idő). (3) *Vertikális*

*játékmenet*, azaz folyamatos előrehaladás jellemzi őket, és hiányzik belőlük a meghatározott befejező pont, vagyis elvileg (4) *vég nélkül* játszhatóak. Ezekben a környezetekben a játékosok (5) egy *avatart/karaktert irányítva* vesznek részt, miközben (6) *társas interakcióba* léphetnek a többi résztvevővel (E. Chan és Vorderer, 2006).

Az online játékok a fentebb leírt közös jellemzőiken túl, három nagy és egy egyéb kategóriába sorolhatók a karakterisztikáik alapján (Nagygyörgy, Urbán és mtsai, 2013; R. A. Rice, 2006).

1) *Online szerepjátékok és változataik* (MMORPG, massively multiplayer online role playing games): mint minden szerepjátékban, itt is a játékos által választott karakter köré szerveződik a játék. A játékos saját hivatást választ magának, ami által meghatározza a játékban betöltött szerepét és képességeit. A játékban teljesített feladatok (küldetések) lehetővé teszik a fejlődést és értékes tárgyak megszerzését, ami a játékosok közötti differenciációt eredményezi.

2) *Online belső nézetű „lövöldözős” játékok és változataik* (MMOFPS, massively multiplayer online first person shooter games): alapvetően ügyességi akciójátékok, amelyek elsődlegesen a reakcióidőt és a figyelmi képességeket veszik igénybe, továbbá számtalan módon kínálnak lehetőséget a játékosoknak az együttműködésre és az egymás közötti – egyéni vagy csoportos – versengésre.

3) *Online stratégiai játékok és változataik* (MMORTS, massively multiplayer online real-time strategy games): a játékosok többnyire nagy létszámú csapatokat irányítanak egy virtuális világban, fejlesztik területeiket, szövetkezhetnek más játékosokkal, ellenséges csapatokkal harcolhatnak, növelve mindezek által a játékban betöltött státuszukat.

4) *Egyéb online játékok*: ide tartozik minden más online játék (pl. sport, autóversenyzés, ritmus). Lévé, hogy rengeteg féle van belőlük, specifikus tulajdonságokról nem beszélhetünk, de az elmondható, hogy ezek a játékok a fentebb leírt három játéktípushoz képest kevesebb játékost vonzanak.

#### 2.4.2 Definíciós kérdések és tünettan

Az online játékok elterjedésével központi kérdéssé vált a játékok problémás használatának definiálása, és a konszenzusos fogalmak kialakítása (Blaszczynski, 2008; Byun és mtsai, 2009; Griffiths és Meredith, 2009; Wood, 2007). A kutatók egy része a videojátékok irányából szemléli a patológia kialakulásának karakterisztikáit (Charlton és Danforth, 2007, 2010; Griffiths, 2005a, 2010a, 2010b; Griffiths és Meredith, 2009; C. S. Peters és Malesky, 2008), míg mások az internet (a közvetítő csatorna) jellegzetességeiben látják a kialakuló patológia hátterét (Van Rooij, Schoenmakers, Vermulst, Van den Eijnden és Van de Mheen, 2011; Young, 2009b). Újabb kutatások azonban igyekeznek integrálni e két megközelítési módot (Detrovics és mtsai, 2012; M. G. Kim és Kim, 2010).

Griffiths (2005a) szerint, bár az egyes addikciók sok egyéni tulajdonsággal rendelkeznek, mégis nagyobb közöttük az átfedés, mint a különbség. Ennek megfelelően az online játék függőséget a videojáték függőség egyik válfajának tekinti, amit alapvetően a szerencsejáték-függőség non-financiális verziójaként kategorizál (Griffiths, 2005b). Griffiths (2010a, 2010b) az online játékok esetében is a Brown (1991, 1993) nyomán kialakított hat addiktív komponens tartja alapvetőnek. Charlton és Danforth (2007, 2010) a hat kritériumot megvizsgálva azt állapította meg, hogy a tolerancia, a hangulatszabályozás és a kognitív szaliencia inkább a játék iránti elköteleződésért felelősek, míg a többi komponens –

a megvonási tünetek, a konfliktus, a relapszus és a viselkedéses szaliencia – központi szerepet játszanak a függőség kialakulásában.

Mások azokat a játékosokat határozták meg problémás online játék használóként, akiknél felmerül egy vagy több videojáték mértéktelen használata, amelybe belefeledkeznek, elvesztik a kontrollt felette és számos negatív pszichológiai és fizikális tünetet produkálnak (Porter, Starcevic, Berle és Fenech, 2010). Egyes kutatások szerint a problémás használók már a játékba lépéskor szociális vagy érzelmi problémákkal rendelkeznek (Lemmens, Valkenburg és Peter, 2011; C. S. Peters és Malesky, 2008), ezért a játék hangulatmódosító szerepet tölt be az életükben, ami limitált kognitív flexibilitás mellett valósul meg (Wölfling, Thalemann és Grüsser-Sinopoli, 2007). Az internet alapú megközelítés legismertebb kritériumrendszerét Young (Young, 1998a) fent már tárgyalt megközelítése adja (Young, 2009b). Az integratív elméletek mindkét megközelítést ötvözik. Kim és Kim (M. G. Kim és Kim, 2010) teoretikus úton kialakított multidimenzionális problémás online játék használati elmélete egyaránt épít Brown (1991, 1993), Griffiths és munkatársai (2003), valamint Charlton és Danforth (2007) eredményeire. Véleményük szerint, mind az eszköz (videojáték), mind a csatorna (online környezet) fontos szerepet játszik a jelenség kialakulásában. Kutatásukból a problémás játék használatnak öt fő aspektusa emelkedik ki. Ezek az *eufória* érzete, az *egészségügyi problémák megjelenése*, a *konfliktus az interperszonális és intraperszonális környezetben*, az *önkontroll hiánya* és a *virtuális kapcsolatok preferenciája* a valósakkal szemben.

#### 2.4.2.1 Az online játékosok jellemzői

A klinikai értelemben vett problémás online játék használó személy idejének jelentős részét fordítja a játszásra (Chappell, Eatough, Davies és Griffiths, 2006; Griffiths, 2008; Hussain és Griffiths, 2009; Porter és mtsai, 2010; Young, 2009b). Bár a játékkal töltött idő mennyisége önmagában nem prediktív erejű (Griffiths, 2005a, 2010b), a problémás használókra jellemző, hogy az átlagos játékosoknál lényegesen többet játszanak (Gentile, 2009; Grusser, Thalemann és Griffiths, 2007; Hussain és Griffiths, 2009; S. K. Lo, Wang és Fang, 2005; Porter és mtsai, 2010). Amikor, nincs lehetőségük játszani, más feladatok ellátása helyett a játékon gondolkoznak, arról ábrándoznak, fantáziálnak, sokszor éjszakánként azzal álmodnak (Griffiths, 2008; Porter és mtsai, 2010). Ilyenkor a tevékenység kényszeres jelleget ölt, vagyis hiányérzet keletkezik, és az érzés intenzívvé válásával belső feszültség alakul ki a játékosban (Chappell és mtsai, 2006; Griffiths, 2008; Grusser és mtsai, 2007; Hussain és Griffiths, 2009; Porter és mtsai, 2010). A növekvő belső feszültség szélsőséges esetekben akár agresszív viselkedésig is fokozódhat, amennyiben meggátolják a tevékenységében. A belső feszültség csökkentése érdekében, a problémás használó újra és újra játszani fog, ráadásul a tolerancia miatt egyre növekvő mértékben (Griffiths, 2008; Hussain és Griffiths, 2009). Szándéka ellenére képtelen kontrollálni a tevékenységet, pedig felismeri, hogy az problémákat okoz a számára (Hussain és Griffiths, 2009; Porter és mtsai, 2010). Amennyiben mégis sikerül abbahagynia a tevékenységet, rövid időn belül ugyanolyan intenzitással kezdi újra (Chappell és mtsai, 2006; Griffiths, 2008; Hussain és Griffiths, 2009). A problémás játékos fokozatosan elveszíti érdeklődését más szabadidős tevékenységek iránt, valamint egyre inkább elhanyagolja szociális és egyéb kötelezettségeiből fakadó feladatait. Ennek következtében az iskolai és/vagy munkahelyi teljesítménye folyamatosan romlik (Chappell és mtsai, 2006; Gentile, 2009; Griffiths, 2008; M. G. Kim és Kim, 2010; Peng és Liu, 2010; Porter és mtsai, 2010). A problémás játékos abszolút prioritásként kezeli a játékot, ami miatt interperszonális és intraperszonális konfliktusai alakulhatnak ki. Ennek eredményeként a reális kapcsolatai beszűkülnek,

felbomolhatnak (Chappell és mtsai, 2006; Griffiths, 2008; Hussain és Griffiths, 2009; Peng és Liu, 2010; Porter és mtsai, 2010), a játékos elmagányosodhat (M. G. Kim és Kim, 2010; Lemmens és mtsai, 2011; Van Rooij és mtsai, 2011). A konfliktusok elkerülésének érdekében sok játékos hazudik a környezetében élőknek a számítógépes tevékenységének mibenlétéről, vagy a játékkal töltött idő mennyiségéről (Griffiths és Meredith, 2009; Young, 2009b).

A pszichés tünetek mellett *szomatikus tünetek* is megfigyelhetők a problémás online játékosoknál, amelyek magukba foglalják az alapvető biológiai szükségletek (alvás, evés, tisztálkodás) elhanyagolását (Griffiths és Meredith, 2009; Peng és Liu, 2010; Porter és mtsai, 2010). Megjelenhetnek egészségügyi panaszok, mint elhízás/fogyás, a szem megerőltetése, hátfájás, carpalis alagút szindróma, megerőltetésből származó sérülések (RSI), valamint általános fáradtság és kimerültség (Griffiths és Meredith, 2009; Peng és Liu, 2010; Porter és mtsai, 2010).

Az MMOG-ket játszóknak szociodemográfiai jellemzőit tekintve elsősorban az MMORPG vonatkozásában készültek felmérések (Cole és Griffiths, 2007; D. Williams, Yee és Caplan, 2008; N. Yee, 2006a). Az MMOFPS játékokat illetően mindössze egy nagyobb mintán végzett kutatást azonosítottunk (Jansz és Tanis, 2007), míg az MMORTS játékok esetében nem készültek ilyen jellegű célzott vizsgálatok. A kutatások tanúsága szerint az MMORPG játékosok inkább férfiak (70–85%), s többségük 20-as éveik közepén jár. Így Yee (2006a) 30.000 játékost vizsgálva 26,6 éves átlagéletkort talált, míg Cole és Griffiths (2007) 45 országra kiterjedő kutatásukban 23,6 éves átlagéletkort azonosítottak. Ennél magasabb, 31,2 éves átlagról számolnak be Williams és munkatársai (2008); ez a kutatás azonban az ekkor már csökkenő népszerűségnek örvendő EverQuest játékot vizsgálta, ami magyarázhatja az eltérést. Úgy tűnik továbbá, hogy a női játékosok idősebbek, mint a férfiak (Cole és Griffiths, 2007; N. Yee, 2006a). Cole és Griffiths (2007) adatai szerint a játékosok alig több mint negyede (28,2%) idősebb 25 évesnél, míg mindössze ötödük (20,6%) fiatalabb 18 évesnél. A kutatások tehát, az RTS játékok esetében nem igazolták azt a sztereotípiát, amely elsődlegesen a tinédzser korosztályhoz köti ezeket a játékokat (D. Williams és mtsai, 2008). Ezzel szemben az FPS játékosok valóban fiatalabbak tűnnek, amennyiben Jansz és Tanis (2007) 18 éves átlagéletkort és szinte kizárólagos (99%) férfi részvételt talált. Az eddigi kutatások szerint az MMORPG játékosok többsége egyedülálló, de magas a házasság aránya is (36%), sőt a nők körében ők vannak többségben (57%), amit valószínűleg az is magyaráz, hogy sok nő játékos a partnere miatt kezdett el játszani (N. Yee, 2006a).

Az eddigi vizsgálatok szerint a játékos közösség iskolai végzettsége magasabb, mint az átlag populációé (D. Williams és mtsai, 2008), foglalkoztatottságukat illetően azonban nem egységesek az eredmények. Yee (2006a) adatai szerint az RPG játékosok 50%-a teljes állásban, további 12%-a pedig félállásban dolgozik és a tanulók aránya 22%, míg Cole és Griffiths (2007) – igaz átlagosan három évvel fiatalabb mintán – ennél lényegesen magasabb tanuló arányt (46,7%) azonosított.

Néhány kisebb volumenű, elsődlegesen nem a játékosok szociodemográfiai jellemzőit feltárni célzó, de ilyen jellegű adatokat is közlő kutatás szintén a fentiekkel egybevágó eredményeket közöl (Caplan, Williams és Yee, 2009; Griffiths, Davies és Chappell, 2004; Ng és Wiemer-Hastings, 2005; Smahel, Blinka és Ledabyl, 2008). Úgy tűnik azonban, hogy földrajzi eltérések is mutatkoznak, így az ázsiai kutatások alacsonyabb, 21 éves átlagéletkorról számolnak be, és ezzel összhangban magasabb (70%) tanulói arányokról (E. J. Kim és mtsai, 2008; S. Lo, 2007; Whang és Jee, 2005).

Az MMORPG játékosok heti átlagos játékidéje 23–26 óra (Cole és Griffiths, 2007; D. Williams és mtsai, 2008; N. Yee, 2006a), míg az FPS játékoknál ez a szám lényegesen alacsonyabb, mindössze heti 12 óra (Jansz és Tanis, 2007). Bár az egyes kutatások eltérő



arányban, de mindenképp azt jelzik, hogy jellemzőbb (60–80%), hogy a játékos olyan személlyel játszik, akit a való életben is ismer (Cole és Griffiths, 2007; D. Williams és mtsai, 2008).

Összefoglalóan tehát elmondhatjuk, hogy igen kevés olyan kutatás készült, amely a MMOG játékosok szociodemográfiai és játszási jellemzőit vizsgálta, s ezek is szinte kizárólagosan az MMORPG játékosokat vették célba.

### 2.4.3 Méréseszközök

A problémás online játék használat mérésével foglalkozó szakirodalmat áttekintve számos mérőeszközzel találkozhatunk, de a korábbiakban említett definíciós problémák itt is megjelennek. A kutatók többsége, elméleti kiindulású, gyakran más viselkedési addikciók mérésére szolgáló skálák módosításával hozott létre mérőeszközöket, nem minden esetben fordítva kellő gondot a pszichometriai elemzésekre. Így például, az internetfüggőség mérésére, Young (1998a) által kialakított 20-tételes tesztet (Internet Addiction Test/Scale, IAT/IAS) több kutatásban vették alapul a problémás online játék használat mérésére (Billieux és mtsai, 2011; Jeong és Kim, 2011; E. J. Kim és mtsai, 2008; J. W. Kim és mtsai, 2010; D. King, Delfabbro és Griffiths, 2010a; Snodgrass, Lacy, Dengah és Fagan, 2011; Snodgrass, Lacy, Dengah, Fagan és Most, 2011; C. C. Wang és Chu, 2007; Whang, Heo és Hur, 2004); annak ellenére, hogy már az eredeti skála pszichometriai tulajdonságai sem egyértelműek (Demetrovics és mtsai, 2008; Koronczi és mtsai, 2011). Az IAS adaptálásával a problémás online játék használat mérésére készült eszközök jellemzői még kevésbé feltártak. Nem kevésbé problematikus az a megközelítés sem, amely szerint a problémás online játék használat mérhető egy az internetfüggőséget mérő skála és az internetes videojátékokkal töltött heti óraszám kombinálásával (Han, Hwang és Renshaw, 2010; Van Rooij és mtsai, 2011).

A kutatók egy másik táborra úgy véli, hogy nem szükséges kifejezetten online játék függőséget megkülönböztetnünk, hanem videojáték-függőségről kell beszélnünk, mert maga az eszköz a fontos, és nem a csatorna. E nézőpont a mérőeszközök szintjén is megjelenik, amelyekben kiindulásként több esetben is a kóros játékszenvedély kritériumait, vagy a hozzájuk kapcsolódó kérdőíveket használták fel (Charlton és Danforth, 2007, 2010; Gentile, 2009; Lemmens, Valkenburg és Peter, 2009; Lemmens és mtsai, 2011; Porter és mtsai, 2010). Ugyanakkor mások arra mutatnak rá, hogy a videojátékok természete sokkal inkább hasonlít a testedzésfüggőséghez, hiszen a videojátékoknál is a készségek fontosságára helyeződik a hangsúly, ami a szerencsejátékokat kevésbé jellemzi (Hussain és Griffiths, 2009; Wood, 2007). Hussain és Griffiths (Hussain és Griffiths, 2009) ezt figyelembe véve a Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory, EAI) mintájára hozta létre az MMORPG-függőséget mérő hat kijelentésből álló mérőeszközt.

Mindezek mellett találunk olyan mérőeszközöket is, amelyek az integratív nézőponton alapulnak, azaz egyaránt figyelembe veszik az online játékok speciális tulajdonságait és a csatorna által nyújtott egyedi jellegzetességeket is. Ilyen mérőeszköz Kim és Kim (2010) Problémás Online Játék Használat Skálája (Problematic Online Game Use Scale, POGU), melynek alapját öt mérőeszköz képezi, mind az internet, mind a videojátékok jellegzetességeit átfogva (Armstrong és mtsai, 2000; Caplan, 2002; Charlton és Danforth, 2007; H. C. Lee és Ahn, 2002; Young, 1999). Mások azt az álláspontot képviselik, hogy a problémás online játék használat dimenzióinak teljes skálája nem fedhető le pusztán a már létező kérdőívek összevonásával, szükség van exploratív jellegű interjúkból származó tételek bevonására is, amelyek maguktól a játékosoktól származnak. Lee és Han (C. Lee és Han,

2007) így alkotta meg a hét faktorból álló online játék addikció diagnosztikus skálát (Online Game Addiction Diagnostic Scale). Hozzájuk hasonlóan, Zhou és Li (Zhou és Li, 2009) a szakirodalom, feltáró jellegű mélyinterjúk és egy fókusz-csoport interjú alapján alakította ki a 12 tételből és három faktorból álló Online Játék Függőség Index (Online Game Addiction Index, OGAI) nevű kérdőívet, melyben először jelennek meg különálló faktorként a fizikai panaszok. A felsorolt mérőeszközök közül a POGU (M. G. Kim és Kim, 2010) és az Online Game Addiction Diagnostic Scale (C. Lee és Han, 2007) rendelkezik megfelelő pszichometriai háttérrel (2.4–1. táblázat).

#### 2.4.4 A problémás online játék használat elterjedtsége

A problémás online játék használat prevalenciáját jelenleg nehéz becsülni a nagyon eltérő eredmények miatt, amelyekért a kritériumrendszer tisztázatlansága, a nem megfelelő pszichometriai jellemzőkkel rendelkező mérőeszközök alkalmazása és az eltérő mintát és módszertant alkalmazó kutatások egyaránt felelősek. A nagy mintával dolgozó kutatások többnyire 10% alatti prevalencia-értékről számolnak be. Egy egyesült államokbeli serdülőkből álló nemzeti reprezentatív (Gentile, 2009), valamint egy szingapúri gyerekekből álló mintán (Gentile és mtsai, 2011) egyaránt 9% körüli problémás videojáték használati arányt kaptak. Németországban egy reprezentatív felmérés eredményei szerint a fiúk 3%-a, míg a lányoknak csak 0,3%-a problémás játékos (Rehbein, Psych, Kleimann, Mediasci és Mossle, 2010). (2.4–2. táblázat).

2.4–1. táblázat A problémás online játék használat mérőeszközei

Szerzők	Mérőeszközök	Tételek	Faktorok	Vizsgálati személyek, módszer	Reliabilitás / validitás
Young (2009a)	Obsessive Online Gamer – Diagnostic Questionnaire	8	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Charlton és Danforth (2007, 2010)	Addiction–Engagement Questionnaire	29/24	1. függőség 2. elköteleződés	442 személy (4); 388 személy (30), online felmérés	EFA <sup>1</sup> , Cronbach-alfa
Gentile (2009)	Pathological-Gaming Scale	11	nincs adat	1178 egyesült államokbeli 8 és 18 év közötti személy, nemzeti, reprezentatív felmérés	konvergens és divergens validitásvizsgálat
Lemmens és mtsai (2009)	Game Addiction Scale for Adolescents	7	1 faktor	2 egymástól független holland serdülő játékosokból álló minta (N <sub>1</sub> =352 és N <sub>2</sub> =369), papír-ceruza felmérés	EFA, konvergens és kritériumvaliditás-vizsgálat
Porter és mtsai (2010)	Video Game Use Questionnaire (VGUQ)	33	1 faktor	1945 személy (online felmérés)	nincs adat
Kim és Kim (2010)	Problematic Online Game Use Scale (POGU)	20	1. eufória 2. egészségügyi problémák 3. konfliktus 4. az önkontroll hiánya 5. virtuális kapcsolatok preferenciája	1422 ötödik osztályos, 199 nyolcadik osztályos és 393 tizenegyedik osztályos dél-koreai tanuló (papír-ceruza felmérés)	EFA, CFA <sup>2</sup> , reliabilitás vizsgálat, konvergens és diszkriminációs validitásvizsgálat
Lee és Han (2007)	Online Game Addiction Diagnostic Scale	30	1. pszichológiai dependencia 2. mindennapos problémák 3. interperszonális kapcsolatok eltolódása online irányba 4. tolerancia 5. viselkedés és érzelmek 6. mentális zavar 7. fizikai tünetek	2317 dél-koreai elemi iskolás tanuló (papír-ceruza felmérés)	EFA, kritériumvaliditás-vizsgálat
Zhou és Li (2009)	Online Game Addiction Index (OGAI)	12	1. kontrollzavar 2. konfliktus 3. fizikai tünetek	195 diák (18–24 év között) (papír-ceruza felmérés)	EFA

<sup>1</sup> EFA = Feltáró faktoranalízis.<sup>2</sup> CFA = Megerősítő faktoranalízis.

2.4–2. táblázat A problémás online játék használat prevalenciája a különböző vizsgálatokban

Szerzők	Ország	Vizsgálati személyek (átlagélekor [M], szórás [SD])	Módszer	Mérőeszköz	A problémáság kritériumai	Életprevalencia
Yee (2006)	USA, Kanada	3166 fő, MMORPG játékosok	online felmérés	Direkt kérdés ( <i>MMORPG-függőnek tartod magad?</i> igen/nem válasszal)	igen válasz a direkt kérdésre	50%
Grüsser, Thalemann és Griffiths (2007)	Németország	7069 fő (M: 21,1 év, SD: 6,4 év)	online felmérés	6 kritérium az ICD-10 függőség általános kritériumai alapján	3 vagy több kritérium	11,9%
Gentile (2009)	USA	1178 fő (8–18 év közötti gyerekek)	nemzeti reprezentatív felmérés (online)	Pathological Video-Game Use	6 vagy több igen válasz	8,5%
Porter és mtsai (2010)	USA, Kanada, Európa, Ausztrália, Új- Zéland, Ázsia, Közép és Dél- Amerika	1945 fő, 14 évnél idősebb játékos	online felmérés	Video Game Use Questionnaire, (VGUQ), 10 kritérium: 3 (belefeledkezés), 7 (negatív következmények), igen/nem válasszal	2 vagy több kritérium (belefeledkezés) + 3 vagy több kritérium (negatív következmények)	8%
Van Rooij és mtsai (2011)	Hollandia	4559 fő (M: 14,4 év, SD: 1,2 év) (T1) és 3740 fő (M: 14,3 év SD: 1,0 év) (T2)	papír-ceruza felmérés	CIUS + játékkal töltött heti óraszám	látens profil elemzés	1,6% (T1), 1,5% (T2) ~1,5%
Gentile és mtsai (2011)	Szingapúr	3034 fő, elemi és általános iskolás diák	2 éven át tartó longitudinális vizsgálat, papír-ceruza felmérés	Pathological Video-Game Use	5 vagy több igen válasz	7,6%–9,9%
Lemmens, Valkenburg és Peter (2011)	Hollandia	543 fő, tinédzserek (M: 13,9 év, SD: 1,4 év)	longitudinális papír- ceruza felmérés	Game Addiction Scale	3 feletti pontszám	6% (T1), 4% (T2)
Rehbein és mtsai (2010)	Németország	15168 fő 9. osztályos diák (15,3 év, SD=0,69)	nemzeti reprezentatív felmérés	Video Game Dependency Scale (KFN-CSAS-II)	42 fölötti pontszám: függő; 35 és 41 közötti pontszám: veszélyeztetett	függő: fiúk 3%, lányok 0,3%; veszélyeztetettek: fiúk 4,7%, lányok 0,5%
Thomas és Martin (2010)	Ausztrália	2031 fő iskolás és egyetemi hallgató (705 egyetemista, 1326 iskolás)	papír-ceruza felmérés	Az YDQ (Young's Diagnostic Questionnaire) számítógépes játékokra adaptált változata	5 vagy afölötti pontszám	5%
Jeong és Kim (2011)	Dél-Korea	600 fő (12–18 év)	nemzeti reprezentatív papír-ceruza felmérés	A „gaming” szó hozzá- adásával módosított IAT (Young)	80 feletti pontszám	2,2%

#### 2.4.5 Komorbiditás

A problémás online játék használókat, több kutatás szerint kétszer nagyobb valószínűséggel diagnosztizálták valamilyen figyelemzavarral (ADD vagy ADHD), mint a normál játékosokat (Batthyany, Muller, Benker és Wolfling, 2009; Bioulac, Arfi és Bouvard, 2008; P. A. Chan és Rabinowitz, 2006; Gentile és mtsai, 2011; Han és mtsai, 2009). Szintén több kutatásban előforduló komorbid klinikai zavarként emelkedett ki a depresszió (Gentile és mtsai, 2011; Peng és Liu, 2010), ami az MMORPG játékosok esetében összefüggést mutat a rendszeres éjszakai (este 10 és reggel 6 óra közötti) játszással (Lemola és mtsai, 2011). Egyelőre tisztázatlan, hogy a problémás játék mennyiben okozója, s mennyiben következménye az egyéb pszichiátriai tüneteknek (Gentile, 2009). Longitudinális adatok azt mutatják, hogy, bár a patológiás játékosoknál az utánkövetés során magasabb szintű depresszió, szorongás és szociális fóbia tapasztalható, mint problémamentesen játszó kortársaiknál, az oki kapcsolat valójában kölcsönös lehet (Gentile és mtsai, 2011).

#### 2.4.6 A problémás online játszás következményei

A problémás online játék használat negatív következményei a játékosok életének számos területét érintik. Ezek a következők:

1. *Interperszonális kapcsolatok:* a játékkal való túlzott időtöltés a valós kapcsolatok (családi, baráti) elhanyagolásához vezethet (Chappell és mtsai, 2006; S. K. Lo és mtsai, 2005; Young, 2009b). Ugyanakkor, a játékokon keresztül kialakított (virtuális) kapcsolatok hozzájárulhatnak fontos társas szükségletek kielégítéséhez. Ezek a kapcsolatok azonban általában kevésbé mélyek, kevésbé jellemzi őket az őszinte bizalom, és kevésbé időtállóak, így csak korlátozottan képesek helyettesíteni a valós kapcsolatokat (Cole és Griffiths, 2007; D. Williams és mtsai, 2006).
2. *Kötelezettségek:* mivel a problémás játékosok idejüknek jelentős részét a játékkal kapcsolatos tevékenységekre fordítják (játszanak, készülnek rá, ábrándoznak róla), hajlamosak kötelezettségeik elhanyagolására, ami tanulmányi és/vagy munkahelyi teljesítményük romlásához vezethet (Chappell és mtsai, 2006; Gentile, 2009; Griffiths, 2008; M. G. Kim és Kim, 2010; Peng és Liu, 2010; Porter és mtsai, 2010; Young, 2009b). Gyakran a családdal kapcsolatos feladatokat (pl. gyereknevelés) sem látják el kellőképpen.
3. *Egészségügyi állapot:* a játszással járó hosszas és gyakori ülés különböző egészségügyi problémákat okozhat (Griffiths, 2008; Young, 2009b), mint a nyak- és hátfájás, fejfájás, csuklófájdalom, szemproblémák, elhízás/lefogyás. Gyakoriak azok az esetek is, amikor a játékosok olyannyira belemerülnek a játékba, hogy az alapvető biológiai szükségleteiket (alvás, evés, tisztálkodás) is figyelmen kívül hagyják (Griffiths, 2008; Griffiths és Meredith, 2009; Peng és Liu, 2010; Porter és mtsai, 2010; Young, 2009b). Ez pedig további panaszokhoz vezet: kóros fáradtság, elhanyagoltság, fogyás, gyengeség.
4. *Lelkiállapot:* a különböző tevékenységek és emberi kapcsolatok elhanyagolása hosszabb távon a jóllét csökkenését eredményezi, és magányossághoz is vezethet (M. G. Kim és Kim, 2010; Lemmens és mtsai, 2011; Van Rooij és mtsai, 2011).

## 2.4.7 Etiológia

### 2.4.7.1 Személyiségjellemzők és az online játszás kapcsolata

A Big-5 (Costa és McCrae, 1992) személyiségvonások és a problémás játék használat közötti összefüggéseket több kutatás vizsgálta. Ezek elsősorban alacsonyabb érzelmi stabilitást jeleztek (Charlton és Danforth, 2010; Mehroof és Griffiths, 2010; Nagygyörgy, Mihalik és Demetrovics, 2012; C. S. Peters és Malesky, 2008), másrészt az alacsony barátságossággal is találtak összefüggést (Charlton és Danforth, 2010; C. S. Peters és Malesky, 2008). Charlton és Danforth (Charlton és Danforth, 2010) vizsgálatában az extraverzió emelkedett ki, aminek értéke csökkenést mutatott az addikciós skálán elért pontszám növekedésével. Ezen eredmények magyarázata az lehet, hogy a problémás játékosok azért is töltenek több időt a játékkal, hogy elkerüljék azokat a személyes helyzeteket, amelyekben szembesülniük kellene hiányos szociális készségeikkel. Továbbá, ha ezeket az embereket egy szociális helyzetben visszautasítják, akkor distresszt élnek át, amelyet nehezen tudnak feldolgozni alacsony érzelmi stabilitásuk miatt. Számukra egy anonim online környezet a biztonság érzetét keltheti (C. S. Peters és Malesky, 2008), ezért fogják azt preferálni a személyes jelenlétet igénylő környezettel szemben (Whang és mtsai, 2003).

A társas készségekről készült kutatások arra mutattak rá, hogy az interperszonális kapcsolatok minősége romlott, a szociális szorongás mértéke pedig nőtt az online játékokkal töltött idő emelkedésével (S. K. Lo és mtsai, 2005). A problémás játék használat negatív korrelációt mutat a való életbeli társas énhatékonysággal és pozitívat az online társas énhatékonysággal (Jeong és Kim, 2011). Ez összeesik azzal az eredménnyel, mely szerint a problémás játékosok könnyebben ismerkednek online, és kevesebb barátjuk van a való életben, mint a játékban (Porter és mtsai, 2010). Az elégtelen önszabályozás (Seay és Kraut, 2007), az alacsony önértékelés (Ko, Yen, Chen, Chen és Yen, 2005; Lemmens és mtsai, 2011), az alacsony érzelmi intelligencia (Herodotou, Kambouri és Winters, 2011), az átlagnál magasabb állapot- és vonásszorongás (Mehroof és Griffiths, 2010), a fokozott magányosság érzete (Lemmens és mtsai, 2011; Seay és Kraut, 2007), a narcisztikus személyiségjellemzők (E. J. Kim és mtsai, 2008), a fokozottabb agresszió iránti igény (E. J. Kim és mtsai, 2008; Mehroof és Griffiths, 2010) és a problémás játék használat között szintén együttjárást mutattak ki. További kutatások szerint, a problémás játékosoknak alacsonyabb az élettél való elégedettségük (Ko és mtsai, 2005; E. S. Wang, Chen, Lin és Wang, 2008) és a pszichés jóllét hiányát érzékelik (Lemmens és mtsai, 2011) a többi játékoshoz képest.

Mivel a fenti kutatások együttjárást vizsgáltak, az ok-okozati viszonyok feltárására nem nyújtanak lehetőséget. Lemmens és munkatársainak (Lemmens és mtsai, 2011) longitudinális vizsgálata erre tesz kísérletet. Eredményeik alapján az alacsony önbecsülés és az alacsony szociális kompetencia a patológiás játszás okozói, míg a magányosság egyaránt oka és következménye a problémás használatnak. Ezt azzal magyarázzák, hogy a játszás következtében meggyengülnek a valós kapcsolatok, amely magyarázatul szolgálhat a játékosok növekvő magányosság érzetére is.

#### 2.4.7.2 Motivációk és az online játékszák kapcsolata

Elsősorban az alkoholkutatások kapcsán vált nyilvánvalóvá, hogy a motivációknak igen jelentős szerepe lehet az addikciók alakulásában (Cox és Klinger, 1988; Farkas és mtsai, 2012; Z. Németh, Kuntsche, Urbán, Farkas és Demetrovics, 2011; Z. Németh, Urbán, Farkas, Kuntsche és Demetrovics, 2012; Z. Németh, Urbán és mtsai, 2011), így nem meglepő, hogy ez a kérdés az online játékokkal kapcsolatosan is felmerült (Demetrovics és mtsai, 2011; Kuss és Griffiths, 2012a). E téren, az első teoretikus elmélet Bartle (R. Bartle, 1996) nevéhez fűződik. Leírása alapján a MUD játékosok négy típusba sorolhatóak: a teljesítők, a felfedezők, a társaságiak és a gyilkosok. A teljesítőket a játékbéli célok elérése hajtja, a felfedezőket a játékkörnyezet minél alaposabb kiismerése és az érdekességek feltérképezése, a társaságiakat a többi játékosal való kapcsolatteremtés, a gyilkosokat pedig a többi játékosnak okozott minél több kellemetlenség. Bartle úgy gondolta, hogy az egyes motivációk kizárólagos motivációként jelennek meg az egyes játékosoknál. Az elméleti modellt Yee (2006) tesztelte empirikusan MMORPG játékosok körében. Faktoranalízissel tíz motivációs tényezőt azonosított, amelyek három fő csoportba tagolódnak be. Ezek a teljesítmény, a szociabilitás és a belemerülés. A teljesítmény főcsoportba tartoznak a versengés, a technika és az előrehaladás motivációs alfaktorok, a szociabilitás főcsoportba a csapatmunka, a kapcsolatok és az ismerkedés alfaktorok, végül a belemerülés főcsoportba a felfedezés, a szerepjáték, a karakter testre szabása és az eszképzizmus alfaktorok. További fontos eredmény, hogy a felsorolt motiváló tényezők nem zárják ki egymást, hanem helyzettől függően felváltva, vagy egyidejűleg és egymásra hatva határozzák meg a játékosok viselkedését. Yee, vizsgálatában együttjárást talált az eszképzizmus és előrehaladás motivációk és a problémás játék használat között. Az előrehaladás a játékbéli célok elérését és a státuszszimbólumok gyors felhalmozását jelenti, ami állandó és kifogástalan teljesítménynyújtására motiválja a játékosokat. Európai játékosokból álló mintán is megerősítést nyertek a fenti kutatási eredmények, a teljesítmény és az eszképzizmus motivációs faktorok mutattak erőteljes kapcsolatot a függőségi pontértékkel, ugyanakkor ebben a kutatásban a szociabilitás is szignifikáns előrejelzőnek bizonyult, azonban jóval kisebb magyarázóerővel (Dauriat és mtsai, 2011). Az említett kutatások többnyire bizonyos online játék típusokra fókuszáltak (főként az MMORPG-kre), így a különböző online játék típusokat használók összehasonlítására nem alkalmasak, többek között ezért is merült föl új eszköz kialakításának a szükségessége (lásd 4.2.4. fejezet).

Ryan és munkatársai (2006) az emberi szükségletekből indultak ki, és azt vizsgálták, hogy azok hogyan elégülnek ki a virtuális környezetekben. Ehhez a Kognitív Értékelés elméletét (*Cognitive Evaluation Theory, CET*) használták fel, amely az utóbbi időben meghatározta a sportban és egyéb szabadidős tevékenységek során tapasztalt intrinzik motiváció kutatását. Az elmélet szerint az egyes tevékenységek attól függően járulnak hozzá az intrinzik motiváció létrejöttéhez és növeléséhez, hogy milyen mértékben képesek kielégíteni az alábbi három alapvető emberi szükségletet: a kompetencia igényt, az autonómia-szükségletet és a kötődés iránti vágyat. Kutatási eredményeik alapján a videojátékok élvezete és az ismételt játékszák iránti vágy szignifikáns kapcsolatban áll a játékokban tapasztalt autonómia-, kompetencia- és kötődés-érzéssel (Przybylski, Ryan és Rigby, 2009; Ryan és mtsai, 2006).

Wan és Chiou (2006) a maslow-i szükséglet-hierarchiából kiindulva, szintén egy eltérő megközelítést alkalmazott. Kutatásuk alapján az online játékosok pszichológiai szükségletei sokkal jobban leírhatóak egy kétdimenziós modellel (kielégítő és nem kielégítő), mint a kutatások többségében alkalmazott egydimenziós megközelítéssel. Az elégedetlenséggel kapcsolatos szükségletek a szükségletpiramis alját jelentik, azaz a biológiai, a biztonság, a valahova tartozás és mások elismerésének szükségleteit. Ezek

hiánya elégedetlenséget eredményez, miközben meglétük nem feltétlenül jár együtt az elégedettség érzésével. A magasabb szintű emberi szükségletek – az önaktualizáció és az önmegvalósítás – az elégedettséggel kapcsolatos szükségletek. Ezek megléte elégedettség-érzést kelt, hiányuk azonban nem okoz elégedetlenséget. Eredményeik alapján a függő játékosok szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az elégedetlenség skálán, mint az elégedettség skálán, míg a nem függő játékosok pont fordítva. Ebből arra következtethetünk, hogy a pszichoaktívszer-függőséghez hasonlóan, az online játékok kényszeres és túlzott használata is sokkal inkább fakad az elégedetlenség-érzés enyhítésének kényszeréből, mint az elégedettségre való törekvésből. Hsu és Lu (2007) hasonló elméleti háttérrel kiindulva azt találta, hogy az olyan intrinzik motivációk kielégülése, mint a szórakozás, az élvezet, a kíváncsiság, a felfedezési vágy vagy a flow élmény keresése, elkötelezettebbé teszi a felhasználókat a játékkal szemben.

#### 2.4.7.3 A problémás használat és az online játékok strukturális jellemzői közti összefüggés

A kóros játékszenvedély vonatkozásában számos olyan strukturális jellemzőt azonosítottak, amelyek befolyásolják a játszásra fordított idő mennyiségét és a függőség kialakulását, valamint fennmaradását (Griffiths, 1993, 1999; Parke és Griffiths, 2007). Hasonló strukturális jellemzők feltárása a videojátékok esetében is indokolt (Fisher és Griffiths, 1995; D. King és mtsai, 2010a; D. King, Delfabbro és Griffiths, 2010b). Wood és munkatársai (2004) eredményei szerint a játékosok számára fontos a jó minőségű és valóság-hű hang, grafika (auditív és vizuális elemek) és játéktér, valamint az, hogy a játék képes legyen gyorsan magával ragadni a játékosokat és az, hogy gyorsan lehessen benne előrehaladni/fejlődni. Fontosak továbbá a nyereséggel és veszteséggel kapcsolatos jellemzők, és az is, hogy a játék állását menet közben el lehet-e menteni.

King és munkatársai (2010b) a Wood és munkatársai (2004) által közölt listát próbálták kibővíteni, és rendszerezni a szerencsejáték irodalmának mintájára. Létrehoztak egy elméleti modellt, amely öt főcsoportból áll:

*Társas jegyek:* a játékosok közötti kapcsolatteremtés módjai (pl. a kommunikáció különböző formái), valamint az együttműködést, illetve a versengést lehetővé tevő strukturális elemek tartoznak ide;

*Manipulációs és kontroll jegyek:* azokat a játékfunkciókat egyesíti, amelyek lehetővé teszik a játékosok számára, hogy irányítsák a játékot, és hogy fejlesszék és tökéletesítsék a képességeiket;

*Narratív és identitásbeli jegyek:* azokat a lehetőségeket foglalja magába, ahogyan a játékos különböző szerepekkel azonosulhat, különböző virtuális identitásokat konstruálhat magának; ide tartozik a történet szerepe is, az immerzív játékélmény létrehozásában;

*A jutalmazás és büntetés jellemzői:* a megerősítés és a büntetés különféle módjait foglalja magába ez a kategória;

*A kivitelezés és megjelenítés jegyei:* a játék esztétikai hatásával kapcsolatos strukturális elemek, mint például a grafika és a hangzásvilág, a felnőtt tartalom, vagy a játékon belüli reklámok.

A jutalmazással és büntetéssel kapcsolatos jellemzők, mint például a pontok gyűjtése, a ritka játékbeli tárgyak felfedezése, és a történések gyors egymásután következősége voltak a játékosok által leginkább kedvelt és legfontosabbnak tekintett tulajdonságok. A



problémás játékosok szignifikánsan fontosabbnak ítélték a játékbeli erőforrások kezelését, a pontgyűjtést, a játék 100%-os teljesítését és a játék tökéletes elsajátítását, mint a nem problémás játékosok, vagyis pont azokat a jellemzőket, amelyek a legtöbb időt igényelik (D. King, Delfabbro és Griffiths, 2011).

A jutalmazással és büntetéssel kapcsolatos elemek több kutatásban is kiemelkedtek a problémás online játék használat szempontjából. Erre utal például Clark és Scott (Clark és Scott, 2009), amikor az MMORPG-ket *korunk legkomplexebb Skinner-dobozainak* nevezi. Ezekben a játékokban legtöbbször a részleges megerősítés elvét alkalmazzák, akár a nyerőgépek esetén. Az operáns kondicionálás sikeressége eredményezi azokat a helyzeteket, amikor a játékosok annak ellenére folytatják a játszást, vagy növelik az arra fordított időt, hogy az már nem okoz örömet számukra (N. Yee, 2006b), és ez könnyen vezethet a tevékenység problémássá válásához.

## 2.5 Testedzésfüggőség

A sportolásra, testedzésre alapvetően, mint pozitív, az egészséget elősegítő, az egészség megőrzéséhez hozzájáruló tevékenységre gondolunk (Waddington, 2000). Valóban, kutatások ezrei igazolták az elmúlt évtizedekben, hogy a rendszeres, megfelelő mennyiségű és intenzitású sporttevékenység jelentősen hozzájárul az egészségünk megőrzéséhez, míg a testedzés hiánya, az inaktivitás számos alapvető kockázatot jelent egészségünkre nézve (Blair és mtsai, 1989; Paffenbarger, Hyde, Wing és Hsieh, 1986; Royal College of Physicians, 1991; Stephens, 1988; United States Department of Health and Human Services, 1996). A kutatások szerint az optimális mennyiségű és minőségű sporttevékenység mind a fizikai, mind a pszichés egészségre kedvező hatással van; felnőttek (Folsom és mtsai, 1985; Lamb, Roberts és Brodie, 1990; Lotan, Merrick és Carmeli, 2005b; Warburton, Nicol és Bredin, 2006) és gyermekek, illetve serdülők (Biddle, Gorely és Stensel, 2004; Lotan, Merrick és Carmeli, 2005a; Piko, 2000; Piko és Keresztes, 2006) esetében egyaránt. Mégis, ezen viselkedés esetében is megjelenhet ennek túlzott mértékű, függőségi jegyeket magában hordozó formája is.

### 2.5.1 Definíció és tünettan

Glasser, a téma első leírásában a jelenséget *pozitív függőség*ként aposztrofálta, pontosan azt a jellegét kiemelve, hogy a függőségek egy olyan formájáról van szó, amely következményeiben pozitív, hiszen az egészségre nézve kedvező hatással bír, továbbá számos pszichológiai dimenzióval hozható kedvező kapcsolatba, hozzájárul az élettel való elégedettséghez (Glasser, 1976). Nem sok időnek kellett azonban eltelnie ahhoz, hogy Morgan megkérdőjelezze ezeket az állításokat, s rámutasson, hogy igenis, a testedzéstől való függőség esetében is megmutatkozhatnak az addikciónál szokásos kedvezőtlen jelenségek, a megvonásos tünetegyüttes, a kedvezőtlen szociális következmények és egyéb káros hatások (Morgan, 1979). Ennek megfelelően, ő már viselkedési zavarként azonosította a testedzésfüggőséget, s reflektálva Glasser elnevezésére, maga a *negatív addikció* kifejezést használta. Nem teljesen egységes azonban a nyelvhasználat a jelenség megnevezését illetően

ma sem. A legelterjedtebb ma már a neutrálisnak mondható *testedzésfüggőség* (exercise dependence) elnevezés, amely valóban jól fedí a jelenséget. Előfordul azonban a szakirodalomban Morgan nyomán a nem túl szerencsés *negatív addikció* (Hailey és Bailey, 1982; Morgan, 1979), illetve a *kényszerítő* vagy *kényszeres testedzés* (obligatory exercising, compulsive exercising) (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000; de Coverley Veale, 1987; Furst és Germone, 1993; Hausenblas és Downs, 2002a; Rudy és Estok, 1989), vagy ritkábban az *excesszív testedzés* (excessive exercising) kifejezés is.

A testedzésfüggőség legfontosabb, diagnosztikus értékű jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze (A. Terry, A. Szabo és M. D. Griffiths, 2004b):

- *Túlzott mértékű sporttevékenység*, aminek eredményeképpen klinikailag jelentős mértékben zavart szenved és *károsodik a személy* testi, lelki, társas vagy egyéb más területet érintő *működése*.
- A testedzés *uralja* a személy mindennapjait; gondolatait csakúgy mint az érzéseit (sóvárgás) és a viselkedését. Amikor nem edz, gondolatait gyakran akkor is a testedzés körül forognak.
- *Tolerancia*, azaz egyre nagyobb mennyiségű testedzésre van szüksége a személynek az elvonási tünetek elkerülése, illetve annak érdekében, hogy megfelelően érezze magát.
- Megvonási tünetek, azaz a testedzés hiányában, annak akadályozásakor jellegzetes *megvonásos tünetegyüttes* alakul ki. Ez jelentkezhet hangulatingadozásban, irritabilitásban, alvászavarban vagy egyéb testi és/vagy pszichés tünetekben.
- A túlzó mértékű testedzés annak ellenére fennmarad, hogy a személy észleli, hogy testi, lelki, társas kapcsolatbeli, munkahelyi/tanulási vagy az élete egyéb területét érintő ártalmakat szenved a túlzó testedzés miatt, és tisztában is van vele, hogy ezen negatív következmények oka a túlzásba vitt sportolási aktivitásban azonosítható.
- Jellemző a testedzés *hangulatmódosító* hatása. A személyek gyakran számolnak be „high” élményről vagy arról, hogy az edzés segít nekik „megszökni”, megnyugvást találni a mindennapos problémákkal szemben.
- *Visszaesés*, azaz a túlzott mértékű testedzésnek újra és újra nem sikerül gátat szabni, illetve amennyiben a személy kontrollálja vagy megszünteti a tevékenységet, akkor az újrakezdéskor nagyon rövid időn belül ismét eléri a korábbi extrém magas szintet az aktivitásban.
- Fontos szempont, kizáró jellegű kritérium, hogy a túlzó mértékű testedzést *ne lehessen más mentális zavarral jobban magyarázni*. Azaz például, amennyiben a testedzés legfőbb oka az anorexia nervosa esetében megjelenő testsúlykontroll biztosítása, úgy a tevékenységet az anorexia tüneteként és nem testedzés addikcióként azonosítjuk.

A fenti tüneteket áttekintve tehát azt láthatjuk, hogy a túlzásba vitt testedzés esetében lényegében hasonló tünetek jelennek meg, mint más viselkedéses, illetve a kémiai addikciók esetében. Megjelenik a tolerancia, a megvonásos tünetek, s a viselkedés ártalmas, a mindennapi életvitelt, a kapcsolatokat, a szociális funkciókat károsító volta. Jellemző a hangulatmódosulásra utaló tünet, amely a testedzés „szelf-medikáció” (Khantzian, 1985) jellegére utal, azaz arra, hogy ezek a személyek nem egyértelműen csupán a testedzés öröméért, s nem is valamilyen extra kielégülés, élvezet érdekében, hanem sokkal inkább a negatív hangulatok, kellemetlen vagy frusztráló érzések elkerülése, a mindennapi nehézségek előli „menekülés” miatt edzenek túlzott mértékben. A „túlzott mérték” itt a kiemelendő egyrészt, hiszen ez az, ami maladaptívvá teszi a tevékenységet, másrészt pedig

az, hogy a tevékenység nem az önmagáért való öröm miatt jelenik meg, hanem instrumentálissá válik. A személyek gyakran a droghasználók által használt „high” kifejezéssel írják le élményüket, vagy a mindennapos nehézségek világából való „kilépésre” utalnak.

Fontos az utolsó kritérium, azaz annak a megállapítása, hogy a testedzésfüggőség *elsődleges* probléma-e a személy életében (primary exercise dependence) vagy valamilyen egyéb mentális zavar hátterén, *másodlagos zavarként* jelenik meg. Utóbbi esetben a leggyakoribb az anorexia nervosa vagy a bulimia nervosa részeként megjelenő túlzott mértékű testedzés. Ezekben az esetekben azonban a problémás mértékű testedzést másodlagos problémaként kezeljük, amely az elsődleges evési zavar egyik fő tünete, a testsúlykontrollálás kényszerének eszközeként jelenik meg. Bár a zavar elsődleges, illetve másodlagos voltának kérdése ennél bonyolultabb, a jelenség operacionalizálásakor, a legtöbb szerző az evési zavarral együtt járó testedzésfüggőséget per definitionem másodlagosnak tekinti (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000; Blaydon és Lindner, 2002). Ezen túlmenően Bamber és munkatársai, 56 felnőtt, rendszeres testedző nő félig-strukturált klinikai interjúval történő kvalitatív vizsgálata (Bamber, Cockerill, Rodgers és Carroll, 2003) alapján három tényezőt azonosít a másodlagos testedzésfüggőség diagnosztikus kritériumaként. Ezek közül a harmadik, a táplálkozási magatartás zavarának a jelenléte a differenciáldiagnosztikai értékű az elsődleges testedzés-addikcióval szemben, míg a károsodott pszichológiai, fizikai, társas vagy viselkedésbeli működés, valamint a megvonás jelenléte nem specifikus e tekintetben. Blaydon és munkatársai azonban újabb írásukban (Blaydon, Lindner és Kerr, 2004), már a másodlagos testedzésfüggőséget is kettébontják a szerint, hogy a testképpel való túlzott foglalkozás avagy az evési zavar hátterén alakul ki a testedzés-addikció. Bamber és munkatársai ugyanakkor, kvalitatív elemzések alapján az elsődleges testedzésfüggőséget nem is találták igazolható koncepciónak (Bamber, Cockerill, Rodgers és Carroll, 2000). A szerzők úgy találták, hogy a problémás, a dependencia kritériumait kielégítő testedzés minden esetben evési zavarhoz kapcsolódik.

### 2.5.2 A testedzésfüggőség mérése

A testedzésfüggőség elterjedtsége, részben a definíciós nehézségek, részben pedig, a megfelelő mérőeszközök hiányának, illetve körülményes alkalmazási lehetőségének köszönhetően nem igazán alaposan feltárt terület. A mérőeszközöket tekintve mind a Pasma és Thompson által kialakított *Obligatory Exercise Questionnaire* (OEQ) (Pasma és Thompson, 1987), mind a Hausenblas és Symons Downs által kidolgozott *Exercise Dependence Scale* (EDS) (Downs, Hausenblas és Nigg, 2004; Hausenblas és Downs, 2002b), mind pedig az Ogden, Veale és Summers nevéhez fűződő *Exercise Dependence Questionnaire* (EDQ) (Ogden, Veale és Summers, 1997) megbízható és valid eszköznek bizonyult a vizsgálatok során.

Az EDQ kialakítása során a szerzők 8 faktort azonosítottak: (1) a társas kapcsolatokban, a családi életben és/vagy a munka terén jelentkező konfliktusok, (2) pozitív megerősítés, (3) megvonásos tünetek, (4) a testsúly kontrollálása érdekében végzett testedzés, (5) problémabelátás, (6) társas okok miatt végzett testedzés, (7) egészségügyi okok miatt végzett testedzés, (8) sztereotip viselkedés.

Hausenblas és Downs 21-tételes kérdőíve az EDS (Hausenblas és Downs, 2002b) hét faktort foglal magába, melyek a következők: (1) intolerancia, (2) megvonás, (3) késztetés (ez arra utal, hogy a személy többet és hosszabb ideig edz, mint tervezte), (4) kontrollhiány, (5) idő (a személy jelentős időt szentel a tevékenységnek), (6) az egyéb (társas, kikapcsolódási, munka stb.) tevékenységek csökkenése, és (7) a tevékenység fennmaradása az észlelt negatívumok ellenére. Ezen kérdőív validálását a 4.3. fejezetben mutatom be.

Ugyanakkor ezeket az eszközöket több kritika is érte viszonylagos hosszadalmasságuk, illetve komplikált, egyes esetekben szakértő bevonását is igénylő kiértékelésük miatt. Újabban Griffiths és munkatársai pontosan ezért tettek kísérletet egy rövid, önkitöltős eszköz kialakítására (*Exercise Addiction Inventory*, EAI), amely az első vizsgálati eredmények szerint szintén megbízható és érvényes eszköznak bizonyult (M. D. Griffiths, A. Szabo és A. Terry, 2005; Terry és mtsai, 2004b). Az ezzel a kérdőívvel szerzett tapasztalatokat szintén a 4.3. fejezetben ismertetem.

Specifikusabb Smith és munkatársai kérdőíve, amely kifejezetten a testépítéssel kapcsolatos addikció mértékét és jellemzőit méri (Smith, Hale és Collins, 1998). A BDS (*Bodybuilding Dependence Scale*) 9 tétele három faktort képez, amelyek a társasfüggőség, az edzésfüggőség és a kiválóságfüggőség (*mastery dependence*) (Smith és Hale, 2005).

### 2.5.3 Epidemiológiai vonatkozások

Mindezidáig elsősorban brit és amerikai mintákon készültek kutatások. Hausenblas és Downs (2002b) öt kutatásban 3,4% és 13,4% közötti értékeket kapott a magas rizikójú testedzésfüggőség vonatkozásában. Griffiths és munkatársai (M. D. Griffiths és mtsai, 2005) fent említett rövid, 6-tételes kérdőívükkel 3%-os testedzésfüggőséget (illetve annak magas rizikóját) azonosították rendszeres testedzők körében. A rendszeres, intenzív sportolók körében azonban magasabb értékeket találtak. Triatlonisták körében Blaydon és Linder 52%-ban azonosított elsődleges- vagy másodlagos testedzésfüggőséget (Blaydon és Lindner, 2002), míg mások (Slay, Hayaki, Napolitano és Brownell, 1998) futók között férfiak esetében 26%-os, míg a nők vonatkozásában 25%-os prevalenciát mértek. A fenti eredmények jól jelzik, hogy mennyire különböző adatok és nézetek léteznek a jelenség előfordulásának gyakoriságát illetően. Míg egyes kutatók szerint a klinikai figyelmet érdemlő elsődleges testedzésfüggőség extrém ritka, addig mások igen magas prevalencia értékeket jeleznek (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000).

Lejoyeux és munkatársai (2008) egy párizsi edzőterem látogatói között 42%-os testedzésfüggőséget mért, bár újabb, hasonló kutatásában ennél alacsonyabb értéket talált (Lejoyeux, Guillot, Chalvin, Petit és Lequen, 2012). Mindazonáltal, egy 95 fős ultramaratont futó mintát vizsgáló kutatásban mindössze három személyt (3,2%) azonosítottak, mint magas kockázatú testedzésfüggőt (Allegre, Therme és Griffiths, 2007). Meg kell jegyezni azonban, hogy egyrészt a nemi különbségeknek jelentős szerepe lehet (Cook, Hausenblas és Rossi, 2013), másrészt, nem csupán a mérőeszközök különbözősége miatt nehéz itt pontos értéket mondani, hanem azért is, mert *klinikailag validált* mérőeszköz egyáltalán nem áll rendelkezésre, aminek eredményeképp a függőség határának meghúzása kérdéses. További probléma, hogy a különböző vizsgálatokban felmért csoportok nagyon heterogének, összehasonlításuk ezért is problematikus. Normál populációs vizsgálatot nem ismerünk; a

nemzetközi viszonylatban is első ilyen kutatást a 4.3. fejezetben mutatom be (Mónok és mtsai, 2012).

#### 2.5.4 *Komorbiditás*

A testedzésfüggőség és a táplálkozási magatartás zavarainak együttjárása, mint azt már a fentiekben is jeleztem, igen szoros. Számos tanulmány jelzi, hogy az evési zavarok esetében kiemelkedően magas a kényszeres testedzés előfordulása és fordítva: a testedzésfüggőség esetében is jellemző a testtel, a testsúllyal való túlzott mértékű foglalkozás, és ehhez kapcsolódóan a táplálkozási magatartás fölött gyakorolt speciális kontroll (Blaydon és Lindner, 2002; Klein és mtsai, 2004; Lyons és Crome, 1989; Sundgot-Borgen, 1994). Bár sok esetben történhet reális kísérlet annak eldöntésére, hogy melyik zavar az elsődleges, ez nem mindig lehetséges; annál inkább, hiszen bizonyos tekintetben rokon jelenségekről van szó, amelyek gyökere sokszor közös. Yates és munkatársai például 60 esettanulmány alapján azt találták, hogy kényszeres futóként azonosítható férfi hosszútávfutók nem csak a családi háttérüket és szocioökonómiai státuszukat illetően hasonlítanak jelentős mértékben az anorexiás nőkre, hanem számos személyiségdimenzió mentén is. Így a harag gátlása, a saját magukkal szemben támasztott rendkívül magas elvárások, a testi diszkomfort érzések jó tűrése, a potenciálisan komoly kimerültség tagadása, valamint a depresszív tendenciák jelenléte egyaránt jellemzője mind a két csoportnak (Yates, Leehey és Shisslak, 1983). Egy MMPI kérdőívvel végzett vizsgálat ugyanakkor azt jelezte, hogy a kényszeres futók esetében messze nem beszélhetünk olyan mértékű pszichopatológiáról, mint az anorexia nervosában szenvedő betegek esetében (Blumenthal, O'Toole és Chang, 1984). Hasonlóképp, Bamber és munkatársai is megállapítják, hogy, amennyiben a kényszeres testedzést patológiás jelenségnek tekintenénk, lényegesen magasabb komorbiditás-értékeket kellene kapnunk, mint, amilyeneket a rendelkezésre álló kutatási eredmények jeleznek (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000). Továbbá, bár a negatív pszichológiai jelenségeket vizsgálva utalnak a kutatások a szorongás, a depresszió vagy az irritabilitás mértékére, az eredmények megint csak nem meggyőzőek a jelenségek patológiás mértékét illetően.

#### 2.5.5 *A testedzésfüggőség főbb jellemzői*

A testedzés, de maga az intenzív sportolás is nagyon sokféle formában és módon jelenhet meg. Nem csak az egyes sportok közötti különbségekre gondolhatunk itt, hanem arra is, hogy az intenzív sportolás milyen háttéren, milyen motivációval, milyen célból van jelen a személy életében. A kényszeres testedzés, illetve testedzésfüggőség esetében ma még nagyon kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre ahhoz, hogy az egyes sporttípusok, illetve az egyes sportolási típusok között érdemben differenciálni tudjunk. A kutatások jórészt a futásra (hosszútávfutás, tájékozódási futás) (Chapman és De Castro, 1990; Furst és Germone, 1993; Hailey és Bailey, 1982), az aerob típusú sportokra (Kirkby és Adams, 1996), illetve a testépítésre (Smith és Hale, 2005; Smith és mtsai, 1998) koncentrálnak, csak

néhány írás foglalkozik a tánccal (Pierce, Daleng és McGowan, 1993), a triatlonnal (Blaydon és Lindner, 2002), súlyemeléssel (Hurst, Hale, Smith és Collins, 2000), illetve egyéb sportokkal. Minőségileg megkülönböztetett figyelmet elsősorban a testépítés szokott kapni, amennyiben itt olyan specifikus jelenségek is tetten érhetők (elsősorban talán az izomdiszmorfia jelensége említendő e tekintetben), amelyek az egyéb említett sportoknál kevésbé jellemzőek.

A testedzés minőségét illetően lényegében a kényszeres, illetve a nem kényszeres sportolási módot szokás elkülöníteni; előbbit a szerint meghatározva, hogy az intenzív testedzés az egyértelmű testi sérülés vagy egyéb kontraindikáció ellenére fennmarad. Yates és munkatársai ugyanakkor, e két csoportot összehasonlítva megállapítja, hogy bár a kényszeres futók többet és rigidebb módon foglalkoznak a súlyuk kontrollálásával, szintén többet foglalkoznak a testükkel és jobban szeretnek egyedül lenni, végeredményben valamennyi vizsgált személyiségbeli és egyéb dimenzió mentén (Eysenck Personality Questionnaire, Beck Depression Inventory, Eating Attitude Test) a normál tartományon belüli értékeket mutatnak. Különbségment jelent meg továbbá, hogy a kényszeresen futó csoport több pozitív változást jelzett az énképét illetően, és nagyobb mértékű kontrollt élt meg az élete vonatkozásában, mióta futni kezdett, mint a nem kényszeresen futók (Yates, Shisslak, Allender, Crago és Leehey, 1992). Utóbbi eredmények vonatkozásában, ezt kiegészítve még azzal a korábban idézett eredménnyel, hogy a kényszeres futók túlzott jelentőséget tulajdonítanak táplálkozásuknak, megkövethető az a feltevés, hogy a kényszeres testedzés, ha veszélyes módon is, de szerepet játszhat – részben talán sikeresen – a személy identitásának alakulásában, erősítésében (Yates és mtsai, 1983), tekinthető egyfajta megküzdési kísérletnek.

Egy másik kutatásban (Blaydon és Lindner, 2002) a szerzők, triatlonisták az EDQ (Testedzés Függőség Kérdőív) és az EAT (Evési Attitűdök Tesztje – Eating Attitude Test) (magyarul lásd Túry és Szabó, 2000) kérdőíveken mutatott pontszámai alapján klaszteranalízissel négy csoportot alakítottak ki. A nem dependens csoportot alacsony EAT és alacsony EDQ pontszám, míg az evési zavartól szenvedőket magas EAT, de alacsony EDQ pontszám jellemezte. *Elsődleges testedzés addikciónak* a magas EDQ és alacsony EAT kombinációt tekintették a szerzők, míg a mindkét teszten magas értéket mutató személyeket azonosították *másodlagos testedzés addikciótól* szenvedőknek. A triatlonisták között a testedzésfüggők aránya 52%-osnak bizonyult (30,4% elsődleges és 21,6% másodlagos). Érdekes eredmény ugyanakkor, hogy utóbbi két csoport között, legalábbis a vizsgált dimenziók mentén, nem mutatkozott nagyon jelentős különbség. Magasabb volt az elsődleges testedzésfüggők aránya a férfiak között, ugyanakkor a másodlagos testedzés dependencia, és különösen az evési zavar a nők között fordult elő valószínűbben. A függőség hiánya (mind a testedzés, mind az evési problémák vonatkozásában) megint csak a férfiak között volt valószínűbb (41,1% vs. 25,3%). Az elsődleges evészavar előfordulása közel kétszer olyan gyakori volt a profik (41,4%), mint az amatőrök (22,8%) esetében; utóbbiak között fordult elő valószínűbben, hogy semmilyen zavart nem jeleztek az alkalmazott tesztek (41,6%). Hausenblas és Downs normál egyetemi populációban férfiak esetében talált magasabb (EDS-sel mért) testedzésfüggőséget (Hausenblas és Downs, 2002c). Bamber és munkatársai, a fentiekhez hasonló módon, szintén elsődleges és másodlagos testedzésfüggőket, valamint evési zavarral is jellemezhető testedzésfüggőket és kontroll személyeket (kizárólag nőket) hasonlítottak össze pszichológiai jellemzőik mentén (Bamber, Cockerill és Carroll, 2000). Eredményeik sok tekintetben egybevágóak Blaydon és

Lindner eredményeivel. A másodlagos testedzésfüggők (akik evési zavarral is jellemezhetők) magasabb neuroticitás, impulzivitást, alacsonyabb önértékelést, az alakjukkal és a súlyukkal való intenzívebb foglalkozást és egyéb pszichológiai morbiditási jellemzőket mutattak, mint az elsődleges testedzésfüggők, ugyanakkor kevés jellemzőben tértek el a csak evési zavarral jellemezhető csoporttól. Ezzel szemben az elsődleges testedzésfüggők nem bizonyultak jól elkülöníthetőnek a kontroll személyektől, s így módon a szerzők, Yates és munkatársai fent idézett vizsgálatával (Yates és mtsai, 1992) és más kutatásokkal is (Basson, 2001) összhangban, nem látják indokoltnak, hogy az elsődleges testedzésfüggőséget, mint széles körben előforduló patológiát tekintsük.

Hurst és munkatársai testépítőket és súlyemelőket vizsgáltak (Hurst és mtsai, 2000), akiknél szintén szoros kapcsolat található a táplálkozási magatartás zavarával, azonban ezúttal sem a bulimia nervosáról, sem pedig az anorexiáról nincs szó. Esetükben, egy elsősorban férfiakra jellemző evési zavar az *izomdiszморfia* (*inverz anorexia nervosa*) fordul elő valószínűbben, mint a normál populációban, s jár gyakran együtt a testedzésfüggőség mellett az anabolikus szteroidok szedésével is. Pope és munkatársai hívták fel a figyelmet arra a testképzavarra, amely fiatal, elsősorban testépítő férfiak között gyakori, és az anorexia nervosa fordítottjának tekinthető (Pope, Katz és Hudson, 1993; Túry, Kovács és Gyenis, 2001). Ezek a férfiak igen izmos testalkatuk ellenére is soványnak és kicsinek tartják magukat, és mindent megtesznek, hogy még izmosabbak és nagyobbak legyenek. Nyáron is vastag melegítőben vagy dzsekiben járnak, nem mutatkoznak strandon, mert félnek, hogy kinevetik őket testalkatuk miatt. Ahogy az anorexiásokat, őket sem győzi meg tükörbeli látványuk, de testképzavaruk fordított: izmosan is soványnak látják magukat. Később e betegséggel kapcsolatosan az *izomdiszморfia* elnevezés honosodott meg, utalva ezzel egyrészt a kapcsolódó testképzavarra, illetve a test-diszморfiás zavarral való szoros kapcsolatra.

### 2.5.6 A testedzésfüggőség etiológiája

A testedzésfüggőség jelensége, mint láttuk fentebb ma már viszonylagosan széles körben leírt és tárgyalt jelenség. Mégis, a kérdések ma még nagyobb számban jellemzik ezt a területet, mint a válaszok. Bár rendelkezésre állnak mérőeszközök, ezek klinikai relevanciája korlátozott, s ennél fogva a prevalencia becslések nehézségekbe ütköznek. Sok a definíciós tisztázatlanság is, de ami talán a legjelentősebb, a fentiekben is érintett kérdéskör, hogy a jelenség egészével kapcsolatosan nem világos, hogy mennyiben beszélhetünk patológiáról, klinikai értelemben véve betegségről. Az bizonyos, hogy a testedzésfüggők egy részénél előfordulnak orvosi és/vagy pszichológiai beavatkozást igénylő problémák, nem világos azonban, hogy ezek jelentősége, prevalenciája, illetve specifikussága eléri-e azt a mértéket, hogy önálló betegségről beszélhessünk. Talán ez is oka annak, hogy a kutatások nagyobb része ma még a definíciós kérdésekre, a mérési módszertanra, a mérőeszközök pszichometriai jellemzőire korlátozódik, s kevesebb a jelenség etiológiájával foglalkozó tanulmány. A jelenség pszichológiai faktorainak vizsgálata, s különösen a teoretikus elemzések, interpretációs kísérletek hiányoznak ma még elsősorban (Blaydon és Lindner, 2002). Mindazonáltal a testedzéssel kapcsolatba hozott különböző dimenziók, illetve néhány egyéb kutatás lehetőséget teremt arra, hogy röviden áttekintsem azokat a főbb pszichológiai és egyéb tényezőket, amelyek kapcsolatba hozhatók a testedzésfüggőséggel.

A biológiai vonatkozásokat tekintve elsősorban, a testedzés következtében megemelkedő  $\beta$ -endorfin szint jelentőségét szokás hangsúlyozni, illetve kapcsolatba hozni a hosszútávfutók és más sportolók által jelzett „high-élménnyel”. Bár a fizikai megerőltetés és az endogén opiát aktivitás közötti pozitív kapcsolat, valamint ezzel összefüggésben az eufórikus élmény megjelenése jól dokumentált (Fraioni és mtsai, 1980), valójában, ennek az összefüggésnek a testedzésfüggőség kialakulásában játszott szerepe messze nem tisztázott. Sőt az adatok inkább ellene szólnak egy ilyen direkt kapcsolódásnak (Pierce, Eastman, Tripathi, Olson és Dewey, 1993), annak ellenére, hogy sokan evidenciaként kezelik ezt az összefüggést, amely bár nagy népszerűségnek örvendő egyszerű teória ugyan (Cockerill és Riddington, 1996), de a jelenség tényleges háttere sokkal bonyolultabb. A direkt összefüggés hiánya mindazonáltal nem meglepő, hiszen az exogén opiátok esetében is nyilvánvaló, hogy maga a kémiai szer csupán egy a függőséget okozó tényezők közül.

A pszichológiai vonatkozások közül az *önértékelés* kérdésköre látszik az egyik kulcstényezőnek (Hausenblas és Giacobbi, 2004; Rudy és Estok, 1983). Súlyemelők és testépítők esetében felmerül, hogy ezen sporttevékenységek kompenzációs jelleget töltenek be, amennyiben a testképével elégedetlen személy számára az egyre nagyobb súlyok felemelésének a képessége, a fizikai erő megélése hozzájárulhat egy pozitívabb énkép és kedvezőbb önértékelés kialakulásához. Tucker, számos vizsgálatban igazolta, hogy a súlyemelés pozitív hatással van a testképre és az önbecsülésre, mind a férfiak (Tucker, 1982, 1983b), mind pedig a nők (Tucker és Maxwell, 1992) esetében. Ráadásul, arra is rámutatott, hogy a súlyemelés hatására elsősorban az eredendően alacsonyabb önértékelésű, a testükkel, izomerejükkel kevésbé elégedett férfiak énképében mutatkozik pozitív irányú elmozdulás (Tucker, 1983a, 1987). Bár Tucker főiskolás populáción végzett eredményei nem vonatkoztathatók közvetlenül a testépítők vagy súlyemelők, s különösen nem a testedzésfüggők populációjára, mindazonáltal erősítik azt a felvetést, hogy utóbbiak esetében szerepet játszhat a testképpel való elégedetlenség, az alacsony önértékelés kompenzációjának kísérlete a túlhajtott testedzésben. Ezt a feltevést erősíti a testedzésfüggőség és az izomdisztrófia egyre jobban dokumentált kapcsolata is (Hurst és mtsai, 2000; Pope, Gruber, Choi, Olivardia és Phillips, 1997).

Hasonlóképp, az egyéb sportok esetében is a testképpel való elégedetlenség potenciális közvetítő faktor lehet a testedzés kialakulásának irányába. Szintén kulcstényezőnek látszik a *perfekcionizmus*, az *obszesszív-kompulzív működés*, valamint a vonás *szorongás* megemelkedett mértéke is a testedzésfüggőség hátterében (Coen és Ogles, 1993; Davis, Brewer és Ratusny, 1993; Davis és mtsai, 1995; Hausenblas és Downs, 2002b; Spano, 2001).

## 2.6 Problémás és patológiás szerencsejáték

A szerencsejáték – bizonyos életkori és egyéb határokon belül – legálisan folytatható, szociálisan elfogadott szabadidős tevékenység szerte a világon, amely az utóbbi évtizedekben egyre intenzívebb időszakát éli, mind szélesebb kínálattal. Számos fajtája hozzáférhető, így például számsorsjátékok és sorsjegyek, sportfogadás, lóversenyfogadás, pénznyerő automaták, kaszinójátékok vagy a kártyajátékok (Demetrovics, 2008b). Az elmúlt években azonban a szerencsejáték már nem csak fogadóirodákban, játéktermekben vagy



kaszinókban érhető el. Az otthonról vagy munkahelyről tetszőleges időpontban folytatható internetes szerencsejátékok népszerűsége mind a felhasználók számát, mind az erre fordított összeget tekintve megnövekedett (Cunningham-Williams, Cottler és Womack, 2004).

Valamennyi szerencsejáték esetében központi szerepet játszik a lehetséges pénznyeremény. E tevékenységek ugyanakkor jelentős eltéréseket mutatnak a szükséges készségek, ismeretek, tapasztalatok, illetve a játék társas vagy magányos volta szempontjából. A szerencsejátékok közül egyesek *stratégiai játéknak* (pl. lóverseny, kártya, sportfogadás, kockajáték, rulett), míg mások *nem stratégiai játéknak* (pl. játékautomata, lottó, kenő) tekinthetők. Előbbiek bizonyos tudást, tapasztalatot is igényelnek, míg utóbbiak kimenetelét kizárólag a szerencse befolyásolja. A stratégiai játékoknak többnyire megfeleltethetők a *szemtől szembeni játékok* (pl. kártya, kockajáték), míg a nem stratégiai játékokhoz az interperszonálisan *kevésbé interaktív játékokat* (pl. játékautomata) kapcsolhatjuk (Potenza és mtsai, 2001).

### 2.6.1 Definíció és tünettan

Bolen és Boyd (1968) meghatározása szerint szerencsejáték folytatása során a játékos fogadást köt, tétet tesz egy kiszámíthatatlan, a véletlen által meghatározott eseményre. Míg az esetek döntő többségében a szerencsejáték rekreációs célt szolgál, ártalmas következmények nélkül, addig a populáció egy kisebb hányada problémás vagy patológiás mértékű és jellegű játékot folytat. Ahogy a szerencsejátékosok jelentősen különböznek a szerencsejátékba történő bevonódás mértékében, jellegzetességeiben, úgy a szakirodalom is számos (gyakran egybemosódó, szinonimaként kezelt vagy valóban felcserélhető) terminussal írja le a jelenséget. A *szociális vagy rekreációs játék* kontrollált részvételre utal, míg az *excesszív vagy mértéktelen játék* (Stucki és Rihs-Middel, 2007) kóros intenzitással és mintázattal jellemezhető. Az excesszív vagy túlzott mértékű játék két fokozatát különítjük el. A *problémás játék* (Lesieur és Rosenthal, 1991) elnevezés a szerencsejáték-tevékenység azon mintázataira utal, amelyek károsítják a személyes, interperszonális vagy foglalkozásbeli működést, de a zavar nem olyan mértékű és jellegű, hogy teljesítené a DSM-IV-TR (APA, 2001) kritériumait. A *patológiás vagy kóros* (egyres szerzőknél *kompulzív*) *játékszenvedély* a problémás játéknál súlyosabb, progresszív és krónikus megbetegedés (Lesieur és Rosenthal, 1991), amelyet a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001), illetve a BNO-10 (WHO, 1994) az *impulzuskontroll-zavarok* közé sorol.

A patológiás szerencsejáték tüneteit a DSM-IV-TR a 2.6–1. táblázatban bemutatottak szerint azonosítja. Bár az érvényes diagnosztikus rendszerek a kóros játékszenvedélyt impulzuskontroll-zavarként határozzák meg, a felsorolt diagnosztikus kritériumok alapján azonosítható a kémiai addikciókkal való rokonság; a kórkép *viselkedési addikcióként* is értelmezhető (Demetrovics és Kun, 2007). Közös vonásként jelentkezik a progresszió (az eredeti szándéktól eltérően a játékban való elmerülés fokozódik), a tolerancia (a játékra fordított idő és pénz nő a kívánt hatás elérése érdekében), a megvonási tünetek (alvászavar, nyugtalanság, ingerlékenység), a kontrollvesztés, valamint az interperszonális és/vagy foglalkozási zavar.

Stein (2000) már korábban az *obszesszív-kompulzív spektrum* részeként tárgyalta a játékszenvedélyt, s mint láttuk, Hollander (1993) is a kompulzív-impulzív dimenzió impulzív, kockázatkereső pólusán helyezte el ezt a zavart. Ugyanakkor többek között

Pallanti, Quercioli, Sood és Hollander (2002) a játékszenvedély *bipoláris zavarokkal* való kapcsolatára utalnak. Közös jegyként az impulzivitás, a kockázatkereső magatartás, a hangulati kilengések, az ítélőképesség csorbulása és a grandiózus gondolatok azonosíthatóak. Mások a játékszenvedély *heterogén* jellegét hangsúlyozzák, rámutatva, hogy a patológiás játékosok számos szempontból – így a preferált szerencsejáték típusa, a játék intenzitása, a társuló zavarok típusa, vagy a családi előtörténet jellemzői alapján – eltérő típusokba sorolhatók (Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin és Kotler, 2006; Petry, 2003).

2.6–1. táblázat *A kóros játékszenvedély diagnosztikus kritériumai a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) szerint*

- 
- A. Tartós és ismétlődő maladaptív viselkedés a szerencsejátékokat illetően, azaz öt (vagy több) az alábbiakból:
- (1) Szerencsejátékokkal való intenzív foglalkozás (pl. korábbi, szerencsejátékkal kapcsolatos élményeivel foglalkozik, a következő kalandot tervezgeti, vagy a szerencsejátékhoz szükséges pénz megszerzésén gondolkodik).
  - (2) A kívánt izgalom eléréséhez egyre nagyobb összegű tétek megjátszása.
  - (3) Ismételt sikertelen erőfeszítések a játék feletti kontroll megtartása, a játék csökkentése vagy abbahagyása érdekében.
  - (4) Nyugtalanság, irritabilitás, ha megpróbálja a játékot csökkenteni vagy abbahagyni.
  - (5) A szerencsejáték folytatása a problémáitól vagy rossz hangulattól való megszabadulás módja (pl. segítség nélküliség, bűnösség, szorongás, depresszív hangulat érzései).
  - (6) Miután a szerencsejátékon pénzt veszít, gyakran másnap visszatér, hogy veszteségét kiegyenlítsse (veszteség utáni vadászat).
  - (7) Hazudik családtagjainak, a terapeutának és másoknak, hogy eltitkolja a játékszenvedélybe való bevonódás mértékét.
  - (8) Illegális cselekményeket, mint hamisítást, csalást, lopást vagy sikkasztást követ el, hogy finanszírozza szerencsejátékát.
  - (9) A játékszenvedély miatt veszélyeztet vagy elveszít fontos kapcsolatot, állást, továbbtanulási vagy karrierlehetőséget.
  - (10) Másokra támaszkodva gondoskodik a pénzről, hogy a játékszenvedély okozta reménytelen anyagi helyzetén könnyítsen.
- B. A játékszenvedély nem magyarázható jobban mániás epizóddal.
- 

## 2.6.2 MÉRŐESZKÖZÖK

A patológiás játék szűrésére szolgáló első mérőeszközt Kallick, Suits, Dielman és Hybels (1979) alkották meg. Bár a 18-tételes *ISR skála* (Institute for Social Research Scale) nem vált népszerűvé, nagyban hozzájárult az epidemiológiai vizsgálatok és a szükséges mérőeszközök kialakításának megkezdéséhez (H.J. Shaffer és Freed, 2005). Az 1980-as, 1990-es évektől fokozódó tudományos érdeklődés eredményeként további szűrő és

diagnosztikai eszközök kerültek kifejlesztésre, klinikai és általános populáció, valamint felnőttek és serdülők vizsgálatára egyaránt. E mérőeszközök közül több DSM-kritériumokon alapul, így a *South Oaks Szerencsejáték Kérdőív* (South Oaks Gambling Screen, SOGS) (Lesieur és Blume, 1987, 1993) is, amely a patológiás játék leggyakrabban használt, 20-tételes mérőeszköze. Kifejlesztői a klinikai és az általános populáció szűrésére, epidemiológiai vizsgálatok folytatására is alkalmasnak találják. A kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatokat a 4.4. fejezetben ismertetem. Több különböző kultúrában végzett kutatásban is megfelelő validitást és reliabilitást mutatott (Gambino és Lesieur, 2006; Stinchfield, Govoni és Frisch, 2004b). A fiatalok körében előforduló patológiás játék azonosítására szolgál a 12-tételes *SOGS-RA* (SOGS-Revised for Adolescents) (Winters, Stinchfield és Fulkerson, 1993), amely az eredeti SOGS kérdőív serdülők számára módosított változata.

A SOGS rövid alternatívájának tekinthető a *Hazugság/Fogadás Kérdőív* (The Lie/Bet Questionnaire), amely Johnson és munkatársai (1997) szerint mindössze két eldöntendő tétel segítségével képes megállapítani a játékszenvedély patológiás voltát. Tételei a következők: *Érezte már, hogy egyre több és több pénzre van szüksége a fogadásokhoz?*, illetve *Hazudott valaha fontos személynek arról, hogy mennyit játszik?*

Fisher (2000b) 10-tételes kérdőíve a *DSM-IV Multiple Response* (DSM-IV-MR), amely a patológiás játék DSM-IV kritériumait méri felnőttek körében. Kritériumonként egy-egy tétel szerepel a kérdőívben, amelyeket 4-fokú skálán ítélnék meg a vizsgálati személyek. A mérőeszköz megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik (Stinchfield és mtsai, 2004b). Serdülőknek készült változata a 9-tételes *DSM-IV-J* (DSM-IV-Juvenile) (Fisher, 2000a).

A *Massachusetts Szerencsejáték Kérdőív* (Massachusetts Gambling Screen, MAGS) (H.J. Shaffer, LaBrie, Scanlan és Cummings, 1994) felnőtt és serdülő populációban hivatott a patológiás szerencsejáték előrejelzésére. A 26-tételes mérőeszköz ugyancsak DSM-IV kritériumokon alapul. A National Opinion Research Center (NORC) által kifejlesztett *NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems* (NODS) egy 17-tételes, felnőttek számára kifejlesztett, DSM-IV alapú kérdőív. Alacsony kockázatú, kockázatos, problémás és patológiás játékos kategóriákat különít el (National Opinion Research Center, 1999; H.J. Shaffer és Freed, 2005; Stinchfield és mtsai, 2004b). A *Yale–Brown Obszesszív-Kompulzív Skála* (Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale) módosított változata a kóros játékszenvedély súlyosságát és a kezelés hatékonyságát méri (*PG-YBOCS*) (Hollander, DeCaria és mtsai, 1998); a SOGS-szal magas együttjárást mutat.

A *Problémás Szerencsejáték Súlyossági Index* (Problem Gambling Severity Index, PGSI) a SOGS mellett talán a második legnépszerűbb mérőeszköz. A kérdőív 9 tétele különbséget tesz a nem problémás, az alacsony rizikójú, a mérsékelt kockázatú és a problémás játékosok csoportjai között. Az ezzel a mérőeszközzel szerzett hazai tapasztalatok is bemutatásra kerülnek a 4.4. fejezetben. A PGSI 9 tételét is magában foglalja a *Kanadai Problémás Szerencsejáték Index* (Canadian Problem Gambling Index, CPGI; Ferris és Wynne, 2001), melyet az általános népesség körében előforduló patológiás játék felmérésére fejlesztettek ki. Ez a skála a kóros játékszenvedélyhez kapcsolódó kognitív, emocionális és környezeti faktorokat is méri.

Az elmúlt néhány évben számos további mérőeszköz került kifejlesztésre. Ilyen a *Strukturált Klinikai Interjú a Patológiás Szerencsejáték Mérésére* (Structured Clinical Interview for Pathological Gambling, SCI-PG) (Grant, Steinberg, Kim, Rounsaville és Potenza, 2004), a *Szerencsejáték Élmény Kérdőív* (Gambling Experience Measure, GEM)

(Ledgerwood és Petry, 2006) vagy a *Szerencsejáték Helyzetek Kérdőív* (Inventory of Gambling Situations, IGS) (Turner és Littman-Sharp, 2006). A *Névtelen Játékosok Húsz Kérdése* (Gamblers Anonymous Twenty Questions, GA-20) a szerencsejátékosok önszegítő csoportja, a Gamblers Anonymous által összeállított 20-tételes kérdőív (<http://www.gamblersanonymous.org/20questions.html>). A mérőeszköztől kevés, de kedvező pszichometriai információ áll rendelkezésre. Ursua és Uribe Larrea (1998) tanulmánya szerint magas belső konzisztenciát, továbbá a SOGS-szal magas korrelációt mutat. Megfelelő reliabilitását és validitását újabb eredmények is megerősítik (Toneatto, 2008).

### 2.6.3 Epidemiológia

A szerencsejáték igen gyakori jelenség. A felnőttek 70–90%-a élete során folytat valamilyen szerencsejáték-tevékenységet legalább néhány alkalommal (Ladouceur, 1991), de hasonló arány figyelhető meg serdülők körében is (Gupta és Derevensky, 1997). A problémás, illetve a patológiás szerencsejáték azonban a játékosok csak kis részénél fordul elő. A problémás, illetve a patológiás szerencsejáték elterjedtségét mérő vizsgálatok változatos eredményeket mutatnak, ami tulajdonítható a módszertani különbségeknek, az alkalmazott mérőeszközökből származó eltéréseknek, illetve az előzőekkel összefüggésben a kóros szerencsejáték definíciós bizonytalanságainak is. Szintén hozzájárul az adatok összehasonlíthatóságának nehézségéhez, hogy gyakran nagyon eltérő minták kerülnek a vizsgálatokba.

Stucki és Rihs-Middel (2007) 33 angol, illetve egyéb európai nyelvű, 2000 és 2005 között publikált epidemiológiai vizsgálat metaanalízisét végezve el, az excesszív szerencsejáték életprevalenciáját mérőeszköztől függően 3–3,3%-nak találták. A mérőeszközöket részletezve, a legmagasabb, 3,3%-os érték a Canadian Problem Gambling Index alkalmazása esetén mutatkozott (a problémás szerencsejáték mértéke 2,4%, míg a patológiás szerencsejátéké 0,8%). A DSM-IV alapú mérőeszközzel ugyanezek az értékek 1,9%, illetve 1,2%, míg a SOGS (South Oaks Gambling Screen) mérte a legalacsonyabb, 3%-os összesített értéket (a problémás játékosok mértéke utóbbi esetében 1,2%, míg a patológiás játékosé 1,8%).

Saját szisztematikus elemzésünk (Kun, Balázs, Arnold, Paksi és Demetrovics, 2012), amely az európai, normál reprezentatív mintán készült kutatások áttekintését szolgálta, hasonló eredményeket mutatott. Az ezen kritériumoknak megfelelő vizsgálat tizenhárom európai országban készült. E szerint a problémás szerencsejáték életprevalenciája 0,18% (Spanyolország) és 4,5% (Nagy-Britannia) között változik. 1% alatti érték mutatkozott még Olaszországban (Pavia régió) és Norvégiában, míg 3% fölötti érték mutatkozott Észtországban, Finnországban és Nagy-Britanniában). A patológiás játék életprevalenciája 0,15% (Norvégia) és 3,4% (Észtország) között mozgott. Hollandia (1%), Svájc (1,1%), Svédország (1,2%), Finnország (1,5%) és Észtország (3,4%) mutatott csak 1% fölötti értéket a patológiás játék tekintetében (2.6–1. ábra). Az összesített problémás és patológiás szerencsejáték életprevalenciája a többi országhoz képest kiugróan magas Észtországban (6,5%), Finnországban (5,5%) és Nagy-Britanniában (5,1%), ugyanakkor viszonylagosan

alacsony Norvégiában (0,6%), valamint Olaszországban és Spanyolországban (mindkettő 1,1%).

Az elmúlt évi prevalenciákat tekintve 1%-ot meghaladó problémás szerencsejáték értéket mértek Svédországban (1,4%), Belgiumban (1,6%) és Finnországban (2,1%). A legalacsonyabb elmúlt évi problémás játék ugyanakkor Norvégiában (0,4%), Németországban (0,4%, illetve 0,64%) és Hollandiában (0,6%) mutatkozott. Az elmúlt évi patológiás játék mértéke hasonlóképp Norvégiában (0,2%), Németországban (0,19%, illetve 0,56%) és Hollandiában (0,3%) mutatkozott a legalacsonyabbnak, de Finnország (1%) és Nagy-Britannia (0,9%, illetve 1,2%) sehol nem haladta meg a 0,6%-os értéket (2.6–2. ábra) (Kun és mtsai, 2012). Hazai mintán szerzett eredményeinket a 4.4. fejezetben mutatom be.

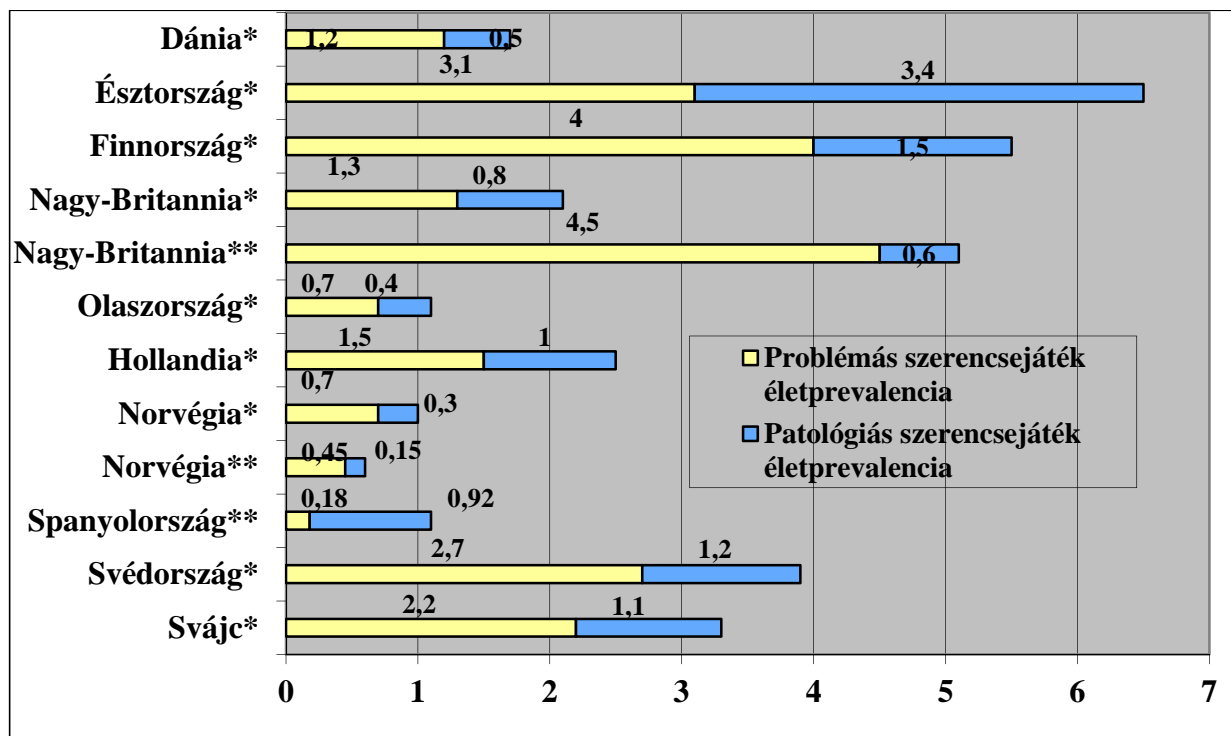
A nemi különbségek e zavar esetében jelentősek. Bár a kóros játékszenvedély a férfiak között kétszer gyakoribb (H.J. Shaffer, Hall és Vander Bilt, 1999; Volberg, 1994), a nők körében kifejezetten emelkedő tendenciáról beszélhetünk (Tavares, Zilberman, Beites és Gentil, 2001). A nők általában később kezdenek játszani, de karrierjük gyorsabban felépül. A férfi nemen kívül rizikófaktornak tekintjük az *alacsony szocioökonomiai státuszt, a kisebbségi csoporthoz való tartozást* (Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell és Parker, 2002, 2004), a *serdülőkort* (H.J. Shaffer és mtsai, 1999), a *pszichiátriai problémákat* (a pszichoaktív szer-használatot is beleértve), valamint a *bűnelkövető magatartást* (R. J. Williams, Royston és Hagen, 2005).

Ebből adódóan néhány speciális populációban a kóros játékszenvedély előfordulási gyakorisága lényegesen magasabb, mint az általános populációban. *Serdülők* körében mind a problémás, mind a patológiás játék elterjedtebb, mint a felnőttek között. Előbbiek életprevalencia-értékei 9,45% és 3,88%, míg a felnőttek körében 3,85% a problémás és 1,6%-os a patológiás játékszenvedély előfordulása Shaffer és munkatársainak (1999) metaanalízise alapján. A szerencsejátékkal kapcsolatos problémák a fiúknál gyakoribbak, súlyosabbak. A patológia korábbi kezdete súlyosabb lefutást és több negatív következményt feltételez (Desai, Maciejewski, Pantalon és Potenza, 2005).

*Pszichiátriai betegek* egy 105 fős heterogén mintáján Lesieur és Blume (1990) 6,7%-os kóros játékszenvedély-életprevalenciát azonosított, míg Zimmerman, Chelminski és Young (2006) közleménye szerint a pszichiátriai járó betegek 2%-a számolt be arról, hogy élete során patológiás szerencsejátékkal küzdött. A *pszichoaktív szer-használók* fokozott érintettségét több tanulmány jelzi. Cunningham-Williams és munkatársai (2000) a problémás játék 22%-os, míg a kóros játékszenvedély 11%-os előfordulását jelezte szerhasználómintán.

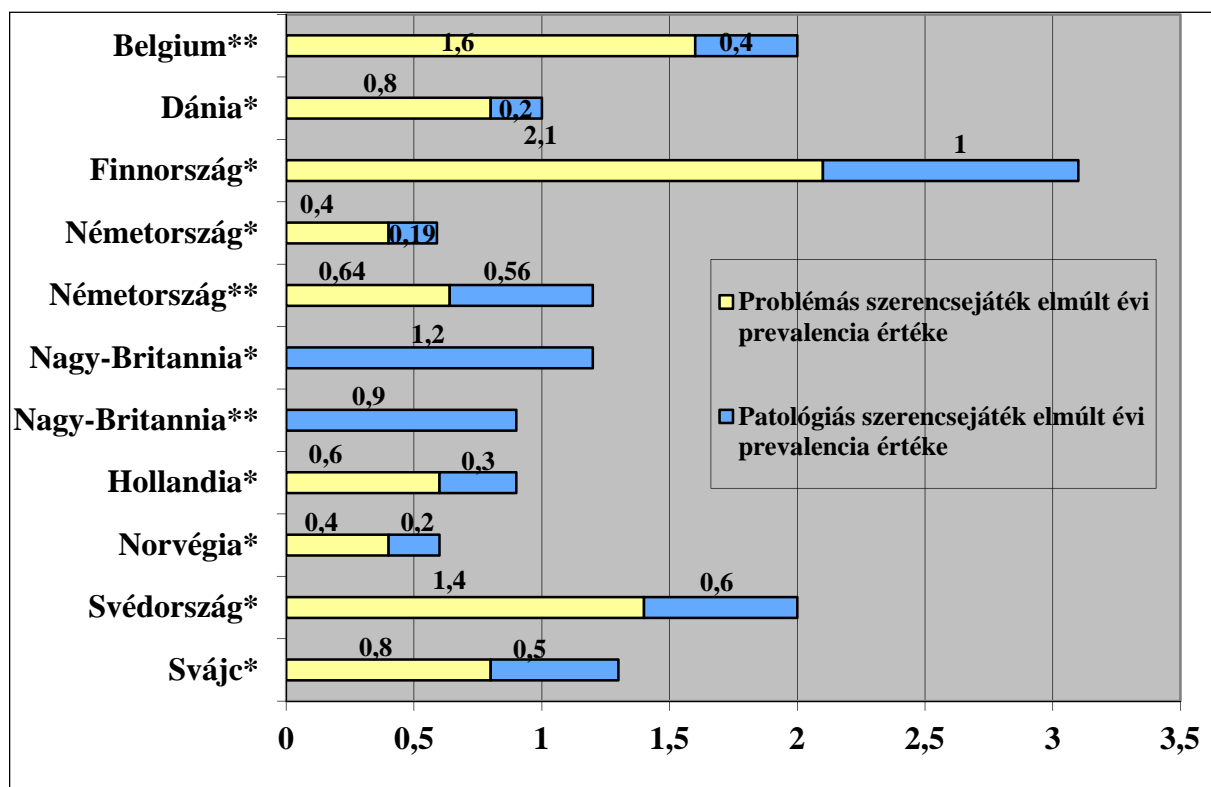
Az *elítéltek* megközelítőleg 33%-a excesszív szerencsejátékos; ez a legmagasabb előfordulási arány a vizsgált populációk közül. Az elítéltek esetében a fent tárgyalt rizikótényezők halmozottan jelentkeznek, hiszen ebben a populációban felülreprezentáltak a fiatalok, a férfiak, a kisebbségi csoportok tagjai, a drogfogyasztók és az antiszociális személyiségűek. Továbbá a patológiás játékosok jelentős része illegális cselekedeteket is elkövet a játék finanszírozása érdekében (R. J. Williams és mtsai, 2005). Az átlag populációhoz képest a  *kaszinóalkalmazottak* (T. K. Lee, LaBrie, Rhee és Shaffer, 2008) és az *idősek* (McNeilly és Burke, 2000) is fokozott rizikójú csoportot jelentenek.





2.6–1. ábra A problémás és patológias szerencsejáték életprevalencia-értéke a vizsgált országokban (minden ország esetében a legfrissebb adatok szerepelnek) (Kun és mtsai, 2012)

Megjegyzés: \*SOGS vagy SOGS-R; \*\*DSM-III vagy DSM-IV.



2.6–2. ábra A problémás és patológias szerencsejáték elmúlt évi prevalencia értéke a vizsgált országokban (minden ország esetében a legfrissebb adatok szerepelnek) (Kun és mtsai, 2012)

Megjegyzés: \*SOGS vagy SOGS-R; \*\*DSM-III vagy DSM-IV.

## 2.6.4 Komorbiditás

Jelentős mértékű a kóros játékszenvedély egyéb pszichiátriai zavarokkal való együttjárása (Dannon, Lowengrub, Aizer és Kotler, 2006). Petry, Stinson és Grant (2005) 43 093 felnőtt személy részvételével, a NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) és az AUDADIS-IV (Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV) diagnosztikus interjúk alkalmazásával vizsgálták a patológiás szerencsejáték és egyéb pszichiátriai zavarok élettartam-prevalenciáját. Eredményeik szerint a patológiás játékosok (a vizsgált minta 0,42%-a) körében igen magas a társuló *pszichoaktív-szer-használati zavar*. A kóros szerencsejátékosok 73,2%-a alkoholfüggőségben vagy alkohol-abúzusban, 38,1%-a drogfüggőségben vagy -abúzusban, 60,4%-a nikotinfüggőségben is szenved vagy szenvedett korábban élete során. A *hangulatzavarok* (49,6%) (elsősorban major depresszív epizód) és *szorongásos zavarok* (41,3%) (főként fóbiák, pánikzavar), továbbá a *személyiségzavarok* (60,8%) (elsősorban obszesszív-kompulzív, antiszociális és paranoid típus) előfordulása szintén jelentős. Mindez megerősíti néhány korábbi elemzés, így például Black és Moyer (1998), Crockford és el-Guebaly (1998), Cunningham-Williams, Cottler, Compton és Spitznagel (1998), illetve Specker és munkatársai (1996) megállapításait, akik szintén a pszichoaktív-szer-használat, a hangulatzavarok, a szorongásos kórképek és a személyiségzavarok gyakori társulására hívták fel a figyelmet.

Ibanez, Blanco, Moreryra és Saiz-Ruiz (2003) szerint a probléma súlyosságában és általában a pszichiátriai komorbiditás mértékében nem mutatkozik különbség a férfiak és a nők között; előbbiek alkoholabúzusa és/vagy függősége azonban problémásabb és az antiszociális személyiségzavar előfordulása is valószínűbb. A nők között ugyanakkor magasabb az affektív zavarok jelenléte, valamint a megelőző fizikai bántalmazás. Bár a férfi nem egyértelműen növeli a kóros szerencsejáték kockázatát, Petry és munkatársainak (2005) eredményei szerint az említett komorbid zavarok (a személyiségzavarok kivételével) és a patológiás játék kapcsolata nők körében mutatkozik erősebbnek.

Bár Petry és munkatársai (2005) részletesen vizsgálják az egyes szorongásos zavarok társulásának gyakoriságát, az *obszesszív-kompulzív zavar* előfordulásáról nem közölnek adatokat. Linden, Pope és Jonas (1986) ugyanakkor 20%-os, míg Black és Moyer (1998) 10%-os komorbiditást állapít meg e zavarral kapcsolatban.

Az egyéb *impulzuskontroll-zavarokkal* – különösen a kompulzív vásárlással, a kompulzív szexuális viselkedéssel és az intermittáló explozív zavarral – való együttjárás szintén jelentős mértékű (18–43%) (Black és Moyer, 1998; Grant és Kim, 2001).

Egyes kutatások utalnak a *figyelmi problémák, a hiperaktivitás* és a játékszenvedély közötti kapcsolatra, illetve a korai figyelemzavarra mint rizikótényezőre. Specker, Carlson, Christenson és Marcotte (1995) kutatásában a vizsgált patológiás játékosok (N=40) 20%-a megfelelt az ADHD (figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar) kritériumainak, míg további 17,5% szubklinikus szintet mutatott. Kessler és munkatársai (2008) általános populációt felmérő vizsgálatában a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar értéke 13,4%.

Az *öngyilkossági* gondolatok és az *öngyilkossági* kísérlet az általános populációhoz viszonyítva magasabb a szerencsejátékosok körében. Maccallum és Blaszczyński (2003) tanulmánya a kezelést kérő problémás játékosok 38%-ánál szuicid gondolatokat, 8%-ánál öngyilkossági kísérletet ír le.

### 2.6.5 A betegség lefolyása

A játékszenvedély krónikus, progresszív folyamat, kontrollált és kontrollvesztett időszakok váltakozásával. Férfiaknál leggyakrabban kora serdülőkorban, nőknél általában idősebb korban indul, ugyanakkor nőknél a betegség kibontakozása, súlyosabbá válása gyorsabb lefutású (George és Murali, 2005; Tavares és mtsai, 2001). Korábbi elemzések (Lesieur és Rosenthal, 1991) alapján Blume (1997) a kóros játékszenvedély négy fázisát írja le, amelyek a *nyereség szakasza*, a *veszteség szakasza*, a *kétségbeesés szakasza*, valamint a *reménytelenség szakasza*.

### 2.6.6 A betegség következményei

A kóros játékszenvedély az élet számos területén kifejti romboló hatását, azonban e következmények nem mindig különíthetők el egyértelműen a komorbid zavarok hatásaitól. E hanyatlás egyaránt jelentkezhet a fizikai és a mentális egészség, az interperszonális kapcsolatok és az életminőség terén is (Scherrer és mtsai, 2005). A gyorsan kialakuló és gyakran teljes anyagi csőd mellett a családi és baráti kapcsolatok, a munkahely elvesztése és számos egyéb tünet jelzi a korábbi életvitel felborulását. Az enyhébb pszichés problémáktól (pl. ingerlékenység, koncentrációzavar, szorongás) kezdve a klinikai, illetve személyiségzavarokig terjed a társuló zavarok skálája (A. Németh, Csorba és Tóth, 2005). A zavart szomatikus tünetek, például gasztrointesztinális, illetve szívpanaszok, magas vérnyomás, inszomnia és fejfájás is kísérheti (Bergh és Kühlhorn, 1994). Az interperszonális károsodást tekintve a szakirodalom elsősorban a diszharmonikus családi miliőt, a válást, a családon belüli fizikai erőszakot és a hozzátartozók pszichés panaszait emeli ki (Lorenz és Yaffe, 1988; Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman és Black, 2007; Wenzel, Øren és Bakken, 2008). A patológiás játékosok gyermekei komoly pszichoszociális problémákkal küzdhetnek, mint például szerhasználat, bűnözés, depresszió vagy öngyilkosság (Ladouceur, 1991; Lorenz és Yaffe, 1988).

Mindezek mellett jellemző a munkahelyi feladatok elhanyagolása, a csökkent hatékonyság, a gyakori hiányzások, az állásvesztés, a pénzügyi összeomlás (Oliveira, Silveira és Silva, 2008), illetve a kriminális magatartás, hiszen a patológiás játékosok jelentős része bűncselekményeket is elkövet a játék finanszírozása érdekében (Meyer és Stadler, 1999; R. J. Williams és mtsai, 2005). A fizikai és mentális egészség károsodása, a hozzátartozók veszélyeztetése, az állásvesztés, a kriminalitás természetesen jelentős társadalmi költséggel jár (Oliveira és mtsai, 2008; H.J. Shaffer és Korn, 2002).

### 2.6.7 A szerencsejátékosok tipológiai

A szerencsejátékosok *pszichológiai típusainak* legkorábbi leírása az analitikus Bergler (1943) nevéhez fűződik. Bergler a szerencsejáték háttérében a tudattalan veszteségi vágyat jelöli meg, s egyéb dimenziók mentén négy különböző típust különít el. A *klasszikus játékost* agresszív omnipotenciával, mazochisztikus, önbüntető tendenciákkal, valamint a



valóság elleni lázadással jellemzi. A második csoportba Bergler azokat a férfi játékosokat sorolja, akik feminin identifikációjuk következtében tudattalanul vereségre vágnak. Esetükben a veszteség a passzív feminin típus szexuális örömének felel meg. A következő típust az ezen feminin jellegű, passzív szexuális fantáziák ellen védekező játékosok, míg a negyedik csoportot az *izgalommentes játékosok* alkotják.

Bár a 70-es évektől kezdve számos további kísérlet született (lásd pl. Rosenthal, 2004), mégis egy frissebb koncepció, Lesieur (2001) tipológiája bizonyult klinikai szempontból az egyik leghasznosabbnak. A szerző *impulzív menekülő, impulzív akciókereső* és *normál problémás* típusokat azonosított (2.6–2. táblázat). A menekülők a szerencsejáték által felejtene, annak segítségével enyhítik a számukra kellemetlen érzelmeiket és csökkentik a fájdalmas élmények hatását. Ez a csoport a repetitív, monoton, magányos játékokat részesíti előnyben, szemben a stratégiai, versengő játékokkal. Az idesorolható játékosok elsősorban nők, a játékot idősebb korban kezdik, és preferált játékaik közé a játékautomata, a videopóker, a bingo és a lottó tartozik. Ezzel szemben az akciókeresők inkább férfiak, akik a versengést, a speciális tudást és készségeket igénylő játékokat preferálják, továbbá számukra a szerencsejáték fontos eleme az átélt izgalom. Kaszinó, kártyajátékok, sportfogadás, lóverseny tartoznak kedvelt játékformáik közé. A szerencsejáték és a problémás szerencsejáték kezdete esetükben korábbi életkorra tehető.

A játékosok személyiségjegyei alapján Blaszczyński és Nower (2002) szintén három típus elkülönítését javasolja. Elképzelésük szerint az *emocionálisan sérülékeny* problémás játékosok elsősorban az érzelmileg fájdalmas tapasztalataiktól menekülnek, jellemző esetükben a premorbid szorongásos, illetve depresszív tünetek jelenléte, a gyenge megküzdési képességek, valamint a kedvezőtlen családi háttér. Az *antiszociális impulzív* csoportot a szerencsejátékban impulzivitásuk és élménykeresésük vezérli. A szerzők biológiai és pszichoszociális vulnerabilitás szerepét feltételezik, továbbá egyéb pszichopatológia – elsősorban antiszociális személyiségzavar, impulzivitás, pszichoaktív szer-ábúzus – jelenlétét írják le. A *viselkedésesen kondicionált* problémás játékosok esetében az említett pszichés vagy biológiai sérülékenység, illetve impulzivitás nem, a kondicionálás, a kognitív torzítások és a döntéshozatal terén jelentkező problémák azonban kiemelt szerepet játszanak. A szerzők típusonként eltérő pszichológiai sajátosságokat és kezelési szükségleteket feltételeznek, amelyeket azonban empirikus úton nem kíséreltek meg igazolni.

A patológiás szerencsejáték háttérében megbúvó különböző dimenziók azonosítására Ledgerwood és Petry tett empirikus kísérletet (2006), akik a faktoranalízis módszerét alkalmazva három, a Blaszczyński és Nower által feltételezett típusoknak megfeleltethető, azok tartalmával összhangban álló faktort azonosítottak. Az első faktor (1) a szerencsejáték azon funkcióját írja le, amely a fájdalmas tapasztalatoktól, negatív érzelmeiktől való *menekülésre* utal. Ezen faktor valószínűbben jellemzi a nőket, mint a férfiakat. A második faktor (2) fő jellemzője a *disszociáció* elérésének lehetősége, amely élmény által a játékos térben-időben eltávolodhat a valóságtól. Végül, a harmadik (3) az elsősorban férfiakra jellemző *egoizmus* faktor esetében a játék háttérében a narcizmus, az impulzivitás, a nyereség, a dominancia szükséglete jelenik meg.

Dannon és munkatársai (2006) a patológiás játékosok három típusát különböztette meg, komplex leírást adva róluk. Az *impulzív típusba* túlnyomóan fiatal férfiak kerülnek, akik játékszenvedélye súlyosabb fokú. Az e csoportba tartozó szerencsejátékost magas kockázatkeresés és a tervezés képességének hiánya jellemzi. Így például gyakori, hogy

egyszerre nagyobb összegeket veszít. Esetében figyelemhiányos zavar, pszichoaktív szerdependencia, egyéb impulzuskontroll-zavar társul a játékszenvedélyhez. Elsőfokú rokonai között nagyarányú a kóros játékszenvedély és a kémiai addikciók előfordulása. A szerzők feltételezik a frontális lebeny és a végrehajtó funkciók érintettségét, s farmakológiai kezelésként a bupropion vagy hangulatstabilizátorokat javasolják. Az *obszesszív-kompulzív típus*ra női dominancia jellemző, a zavar az impulzív típushoz képest később kezdődik; pszichés trauma, például válás vagy *üres fészek szindróma* előzi meg. Gyakori a társuló hangulat- és szorongásos zavar, ezért antidepresszívumok (SSRI, SNRI) alkalmazása javasolt. Az inkább férfiakra jellemző *addiktív típus* alkotja a legnagyobb csoportot. A játékszenvedély ennél a csoportnál mérsékelt fokú, magas ugyanakkor a drog- és alkoholfüggőség előfordulása. Feltételezhető a jutalmazó rendszer érintettsége, így megfelelő kezelési módként kínálkozik e csoportnál az opiátantagonisták alkalmazása.

2.6–2. táblázat A kóros játékszenvedély újabb tipológiai

Szerzők		Típusok	
Lesieur (2001)	impulzív menekülő	impulzív akciókereső	normál problémás
Blaszczynski és Nower (2002)	emocionálisan sérülékeny	antiszociális impulzív	viselkedésszerűen kondicionált
Ledgerwood és Petry (2006)	menekülés	egoizmus	disszociáció
Dannon és munkatársai (2006)	obszesszív-kompulzív	impulzív	addiktív
Stewart és munkatársai (2008)	megküzdő	érzelembefokozó	mérsékelt érzelemszabályozó

#### 2.6.8 A szerencsejáték motivációs háttere

Stewart és munkatársai (2008) 158 szerencsejátékot űző, rendszeresen alkoholt fogyasztó játékos kérdőíves vizsgálata nyomán a szerencsejáték-tevékenység motivációs hátterét szándékozták feltárni. Eredményeik szerint az affektív motiváció, az érzelemszabályozás jellege alapján egyesek a játék nyújtotta élmény által pozitív érzelmeiket *fokozzák*, míg másokat elsődlegesen a negatív érzelmek elkerülése, az azokkal való *megküzdés* vezérel. A szerzők által leírt harmadik, *mérsékelt érzelemszabályozó* motivációs dimenzió esetében a szerencsejáték folytatásának oka eltér a direkt érzelembefolyásolástól, s következményeként a szerencsejáték intenzitása és kóros volta enyhébb fokú.

Stewart és munkatársai eredményeiket többek között a már említett Lesieur (2001), illetve Blaszczynski és Nower (2002) típusaival vetik egybe, amely összehasonlítás alapján egy menekülő, negatív érzelmi állapotaitól szabadulni kívánó, a szerencsejátékot a belső kellemetlen élmények elnyomására használó és egy impulzív, élménykereső kategória

rajzolódik ki, míg harmadik típusként egy normál, viselkedésesen kondicionált, a fenti vagy egyéb speciális motivációkkal nem jellemezhető csoport körvonalazódik. A menekülő, illetve az impulzív jelleg az újabb, Ledgerwood és Petry-féle (2006) funkciókban, illetve Dannon és munkatársai (2006) tipológiájában is megjelenik, azonban ezekben a vizsgálatokban a harmadik konstruktum egyértelmű tartalmat kap: a disszociáció élményének keresése, valamint a kémiai addikciók társulása a módosult tudatállapot átélése iránti igényként értelmezhető (Balázs és mtsai, 2009).

#### 2.6.9 Etiológia

A kóros játékszenvedély *biológiai alapjait* tekintve mind a noradrenerg, a szerotonerg, a dopaminerg és az opioid rendszerek érintettsége felmerül (Shah, Potenza és Eisen, 2004). Ezt erősítik a genetikai eredmények is, amelyek elsődlegesen a dopaminerg, illetve a szerotonerg rendszer érintettségét erősítik meg (Gyollai és mtsai, 2012).

A kóros szerencsejáték *pszichodinamikus modellje* az első analitikus szerzők munkásságáig nyúlik vissza (Kelemen, 1994b; Körmendi és Kuritárné, 2007; Lesieur és Rosenthal, 1991; Raylu és Oei, 2002). Freud 1928-as tanulmánya szerint a kóros szerencsejátékot tudattalan szexuális konfliktusok eredményezik (Freud, 1961). A pregenitális pszichoszexuális fejlődés zavarával (megoldatlan Ödipusz-konfliktussal), maszturbáció okozta büntudattal és veszteségi vágygal, szadomazochisztikus hajlammal hozza összefüggésbe. Bergler (1943, 1957) szintén a tudattalan veszteségi vágyat mint mazochisztikus tendenciát tekinti a szerencsejáték fő komponensének. Hátterében a gyermeki megalómánia, onnipotenciaélmény frusztrációja áll; a játékos gyermekként tudattalanul neheztel az öröme helyett a realitáselvet képviselő autoriter figurákra, vagyis a szülőkre. Később a szerencsejáték által ismét átélheti megalomán fantáziáit, megkísérel a realitáselv ellen lázadni. A felnőttekre irányuló, agresszió keltette büntudat, az agresszió elfojtása vezet a tudattalan önbüntetés tendenciájához (amit a tét, fogadás elvesztésének élménye nyújt), a szerencsejáték fennmaradásához.

A *behaviorista megközelítés* a kóros játékszenvedélyt tanult maladaptív viselkedésként értelmezi, amely klasszikus és operáns kondicionálás eredménye (összegzi Abrams és Kushner, 2004; Raylu és Oei, 2002). A nyeremény mint pozitív megerősítés intermittáló jellegű, gyakorisága véletlenszerű, kiszámíthatatlan, ezért igen erős, a kioltásnak ellenálló kondicionálást eredményez. További pozitív hatással bírnak a társas (pl. társaság), egyéb tárgyi (pl. fogyasztott italok), környezeti (vizuális és auditív ingerek), kognitív megerősítők és az átélt izgalom (Ocean és Smith, 1993). Igen megerősítő, és a szerencsejátékos-karrier alakulására nézve meghatározó lehet egy korai nagy nyeremény (Walker, 1992). Negatív megerősítésként hat az életvezetési problémákból adódó distressz csökkentése (A. Blaszczynski és McConaghy, 1989), a túlzott vagy elégtelen arousal optimalizálása (Jacobs, 1986).

A *kognitív modell* a diszfunkcionális gondolatok, percepciók, motivációk és az elégtelen megküzdési képességek szerepét emeli ki a szerencsejáték kialakulásában és fennmaradásában. Az irracionális gondolatok, a téves hiedelmek sora gondoskodik arról, hogy a játék a jelentős és folyamatos veszteségek dacára is fennmaradjon. Két tipikus, alapvető hiedelem jellemzi a játékosokat: hitük abban, hogy közvetlenül vagy közvetve

befolyásolhatják a játék kimenetelét, illetve képesek pontosan bejósolni azt (Körmendi, 2009; Körmendi és Kuritárné, 2007; Raylu és Oei, 2002). Minél jellemzőbb egy szerencse által meghatározott szituációban a választás lehetősége (pl. kaparós sorsjegy kiválasztása), az ismerősség (pl. játék a kedvenc játékautomatán) vagy a bevonódás (pl. kockajátékban saját dobókocka használata), annál kifejezettebb a szerencsejáték felett gyakorolt kontroll illúziója. Minél inkább úgy észleli a helyzetet a játékos, hogy az bizonyos készségeket igényel, annál inkább igyekszik kontrollt gyakorolni környezete felett, és hajlamos túlbecsülni győzelme esélyeit (Reid, 1986). Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Draoneti és Tsanos (1997) 38 problémás vagy patológiás szerencsejátékos kognitív torzításainak gyakoriságát, természetét vizsgálva megállapították, hogy a készségeket igénylő, stratégiai játékok (pl. kártya) a kognitív torzítások fokozottabb jelenlétével jártak együtt, szemben a készségeket nem igénylő, nem stratégiai játékokkal (pl. lottó). A szerencsejátékkal összefüggő téves hiedelmek típusait Toneatto összegzi (1999).

Blaszczynski és Nower (2002) integrált *útvonalmodellje* megkísérli a biológiai, személyiségbeli, fejlődési, kognitív, tanuláselméleti és a környezeti faktorok összehangolását. A modell szerint három fő útvonal kulminál a patológiás játékban. Ezek mindegyike kapcsolódik a játékosok egy-egy, a szerzők által leírt kategóriájához: a viselkedésesen kondicionált, az emocionálisan sérülékeny és az antiszociális impulzív típushoz.

## 2.7 Munkafüggőség

### 2.7.1 Definíció és tünettan

A *munkafüggőség* vagy *munkamánia* az elmúlt évtizedekben kifejezetten gyakori, szinte hétköznapi fogalomná vált. Ugyanakkor ez az érdeklődés elsősorban nem a szakirodalomban, hanem inkább a laikusok körében jelent meg. A nagy érdeklődés ellenére a munkafüggőség természetét illetően nagyon kevés empirikus munka született. Az írások túlnyomó többsége klinikai megfigyelésekre, anekdotákra alapoz, s ezekből vonnak le elméleti megfontolásokat. Ahogy látni fogjuk, számos definíció, meghatározás, tünettani felsorolás létezik a munkafüggőségre vonatkozóan. Ezek között azonban azért nehéz rendet, rendszert teremteni, mivel többségüket empirikus munka nem támasztotta alá (többnyire kísérlet sem történt ilyesmire), így csupán feltételezéseknek tekinthetjük ezeket. Mindazonáltal fontos ezeket tárgyalnunk, hiszen egyrésről jelenleg ezek képezik a jelenségre vonatkozó legfrissebb tudásokat, másrésről ezek jelölhetik ki az irányt további kutatások számára. Ezen jelenség esetében különösen igaz, hogy első lépésként a megfelelő mérőmódszerek az alapvető komponensek azonosítása a legsürgetőbb feladat.

A munkafüggőség első leírása Wayne Oates (1971) amerikai teológusprofesszortól származik, aki saját munkafüggőségével kapcsolatos vallomásait adta ki egy a szakirodalomban is sokak által idézett kötetben. Oates nevezte el a zavart *munkaalkoholizmusnak* (workaholism), a szóösszetétellel utalva arra, hogy nézete szerint az alkoholizmushoz hasonlatos jelenségről van szó. A szerző ennek megfelelően a definíciót is az alkoholizmus meghatározásából alakította ki, és a következőképpen írta le: a munkaalkoholista *az a személy, akinek olyan nagy mértékben van szüksége a munkára, hogy*

az észrevehetően megzavarja vagy akadályozza testi egészségét, személyes boldogságát, interszónális kapcsolatait és alapvető társas működését (Oates, 1971, 4). Ezt követően a 80-as években jelentek meg munkafüggőségről szóló írások, amelyek újabb és újabb definíciókkal álltak elő.

A legegyszerűbb, bár korántsem a jelenség lényegi elemeit megragadó definíciót Mosier (1982) adta, aki egész egyszerűen a munkavégzés mennyisége mentén határozta meg a munkafüggőséget. Meglátása szerint ugyanis azok a személyek, akik hetente több mint 50 órát dolgoznak, munkafüggőségben szenvednek. A munkavégzés mennyiségét azonban számos tényező befolyásolja, környezeti, szituációs (társadalmi, kulturális, gazdasági) tényezők mellett szociális és személyiségbeli faktorok egyaránt. Könnyen beláthatjuk azonban, hogy nem azokat a személyeket kell kóros munkavégzőknek tekintenünk, akik kedvezőtlen anyagi helyzetük miatt dolgoznak az átlagosnál jóval többet. Machlowitz (1980) már a 80-as évek elején rámutatott arra, hogy a munkavégzés mennyisége helyett inkább az azzal kapcsolatos attitűdöket kell figyelembe venni a munkafüggőség megítélésekor. Eszerint munkafüggő az a személy, *aki mindig több időt és gondolatot szentel a munkának, mint amennyit a helyzet megkövetel [...], ami megkülönbözteti a munkaalkoholistákat más emberektől, az a munkához való attitűdjük, nem pedig a munkájukkal eltöltött idő* (Machlowitz, 1980, 11).

A szerzők többsége a zavar *obszesszív-kompulzív*, illetve *addikciós* jellegét hangsúlyozza. A zavar jól elhelyezhető a 2.1.1. fejezetben részletesen bemutatott obszesszív-impulzív spektrumon (Hollander és Wong, 1995) is, mégpedig az obszesszív pólushoz közel. A munkamánia ugyanis számos kényszeres jegyet mutat, amire több szerző is felhívja a figyelmet. Homer (1985) például *obszesszív perfekcionizmus*ként írja le a problémát, ahogy Naughton (1987) is az obszesszív-kompulzív működést emeli ki a karrierhez való túlzott, irracionális elköteleződés mellett. Woitiz (1987) elképzelésében a munkafüggőség lényege, hogy a személy számára nehézséget jelent bármi mással foglalkozni, ami nem a munkája – s ezzel ő is a jelenség kényszeres aspektusát emeli ki. Robinson (1998) a következőképpen határozza meg a problémát: *egy obszesszív-kompulzív zavar, amely önmaga felé irányuló követelésekben, a munkával kapcsolatos szokások szabályozásának képtelenségében és az élet más egyéb tevékenységeinek kizárásához vezető, munkába való túlzott mértékű beletemetkezésben nyilvánul meg* (Robinson, 1998, 7). Ahogy a fejezet későbbi részeiben látni fogjuk, a munkafüggőség kényszerbetegséggel való rokonságát az intrapszichés hasonlóságok – pl. magas szorongás, bizonytalanság kerülése, perfekcionizmus – is alátámasztják.

A munkafüggőséget – ahogy fentebb, Oates (1971) kapcsán már utaltunk rá – addikciós problémaként is értelmezhetjük. Teszi ezt Nakken (1996), Griffiths (2005c) és Robinson (1998) is, utóbbi szerző így nem csupán kényszeres vonásokat, hanem olyan elemeket is leír a jelenség kapcsán, amelyek más addikciós problémák esetében is meghatározóak. Klinikai tapasztalatai szerint ugyanis a munkamániás személyeknél felfedezhető az alkoholistákra és drogfüggőkre jellemző *sóvárgás, tolerancia* (ez esetben egyre nagyobb mennyiségű munka szükséges ugyanazon pszichés hatás eléréséhez) és a *megvonás* tünetei. Porter (1996) hasonlóképpen vélekedik a munkafüggőségről, s annak főbb tüneteit az alkoholizmussal való párhuzamok alapján határozta meg, amelyek a következők:

1. *Az érdeklődés beszűkülése.* A személyt a munkán kívül semmi más nem érdekli, nem foglalkozik a társas kapcsolataival, saját magával, az egészségével, azaz a személy az ártalmas következmények ellenére fenntartja túlzott mértékű munkavégzését.

2. *Alacsony önbecsülés, fejletlen énkép.* A személy a negatív érzések elkerülésének reményében temetkezik bele a munkába. A gyenge énerőt úgy próbálja kompenzálni, hogy a munka által kapott külső megerősítéseket használja fel. Nagyon fontosak számára a külső visszajelzések, folyton figyeli, hogy másoknak mi a véleménye róla. Nehéz vele együtt dolgozni, mert csak a saját teljesítményére figyel, nem képes a munka tárgyára, céljára koncentrálni. Énhatékonyága alacsony. Míg az egészséges ember úgy gondolja, hogy *minél jobban bírom magamban, annál jobban fogok teljesíteni*, addig a munkafüggő úgy érzi, akkor válhat értékes és magas önértékelésű emberré, ha minél többet teljesít.

3. *Merev gondolkodásmód.* Irreálisan nagy, perfekcionista elvárásai vannak mind saját magával, mind másokkal szemben, amelyekhez mereven ragaszkodik. Képtelen a kompromisszumokra. Úgy érzi, csak ő tudja irányítani a helyzeteket, túlzott szüksége van az információk, az emberek és a munka felett érzett kontrollra. Mindez szintén nehezíti a másokkal való kooperációt. A közös munka során, perfekcionizmusából adódóan folyamatosan önmagát figyeli, ezért a többiek nem tudnak jó véleményt kialakítani róla, ami további önérzet- és énhatékonyág-csökkenéshez vezet.

4. *Megvonás.* A munkavégzés hiánya idegességet, stresszes állapotot vált ki. A személy egyáltalán nem képes relaxálni. Fassel (1992) és Robinson (1989) klinikai megfigyelései egyaránt azt jelzik, hogy a munkaalkoholizmus esetén hasonló megvonási tünetek jelentkezhetnek, mint más függőségeknél.

5. *Tolerancia.* Egyre több munkára van szüksége ugyanazon állapot eléréséhez. A háttérben egyrészt az alacsony önbecsülés áll: mivel mindig úgy érzi, hogy sosem végzett tökéletes munkát, még többet akar dolgozni. A tolerancia másik oka a negatív érzések elkerülése. A problémák gyarapodásával circulus vitiosus-szerűen növekedik a kompenzatórikus célzatú munka mennyisége is.

6. *A probléma tagadása.* A munkafüggő személyek általában nem érzékelik problémásnak viselkedésüket. Ebben nagy szerepe van a társadalmi, kulturális hatásoknak is: a munkafüggőség az egyik legelfogadottabb viselkedési addikció. A munkavégzés fontos tevékenységnek számít, a sokat dolgozó személyeket általában elismerik, lelkiismereteseknek, céltudatosaknak, családjukról gondoskodónak tartják őket. A munkafüggő személy sokszor védekezik azzal, hogy a rengeteg munkát a családjáért, annak boldogságáért teszi, miközben nem veszi észre, mindezzel éppen az ellenkező hatást éri el.

Számos szerző úgy definiálta a munkafüggőséget, hogy meghatározták azokat az összetevőket, dimenziókat, amelyek feltételezésük szerint együttesen felelnek a zavar kialakulásáért. A téma kapcsán a legismertebb, legtöbbek által idézett, továbbá pszichometriailag érvényes mérőeszközzel alátámasztott meghatározás Spence és Robbins (1992) nevéhez fűződik, akik három dimenzió mentén írják le a munkavégzés típusait. Ezek a munkába való *involváltság*, a munkára vonatkozó *készítés* (azaz drive) és a munka *élvezete*. Bár a komponensek kialakítása Spence és Robbins részéről eredetileg tisztán teoretikus volt, ezt saját, később pedig más szerzők (pl. Aziz és Zickar, 2006) vizsgálatai is alátámasztották. Mindhárom komponens egy-egy dimenzióként fogható fel, amelyek alacsony, illetve magas értékeinek kombinációi hat különböző munkavégző-típust írnak le (2.7–1. táblázat).



2.7–1. táblázat *Munkavégző-típusok Spence és Robbins (1992) besorolása nyomán*

Típus	Involváltság	Késztetés	Élvezet
Munkarajongó	magas	alacsony	magas
Munkaalkoholista	magas	magas	alacsony
Rajongó munkaalkoholista	magas	magas	magas
Elkötelezetlen dolgozó	alacsony	alacsony	alacsony
Nyugodt dolgozó	alacsony	alacsony	magas
Kiábrándult dolgozó	alacsony	magas	alacsony

Spence és Robbins (1992) szerint a munkafüggőség kritériuma elsősorban a munkára vonatkozó *erőteljes késztetés és magas involváltság együttes jelenléte*. A tipikus munkafüggő személy ugyanakkor nem élvezi, ha dolgozik, a munkavégzésre inkább egyéb mögöttes tényezők késztetik. A szerzők a tipikus munkafüggőtől elkülönítik a *rajongó munkaalkoholistát*, akire a magas involváltság és drive mellett az átlagosnál magasabb mértékű munkaélvezet is jellemző. A munkafüggő személyek perfekcionista, túlbuzgóság jellemzi őket, és csak a túlzott mennyiségű munka elvégzése után érzik – valamennyire – elégedettnek magukat.

Hasonlóan többdimenziós konstruktumként írja a munkafüggőséget McMillan, Brady, O’Driscoll és Marsh (2002) is, akik az alábbi öt tényezőt emelik ki: ellenállás arra vonatkozóan, hogy kikapcsolódjon a munkából; a munka élvezete; a munkára vonatkozó késztetés (azaz drive); a munkavégzés vagy a munkáról való gondolkodás; munka akárhol és akármikor.

Mindezek alapján tehát a munkafüggő főbb jellemzői, hogy az átlagosnál jóval többet dolgozik, amire viszont nem külső tényezők (pl. munkahelyi nyomás, előírt feladatok mennyisége, rossz anyagi körülmények stb.), hanem belülről jövő – azonban nem a munka élvezetével kapcsolatos – késztetések vezérlik (McMillan és mtsai, 2002; Spence és Robbins, 1992). Magas szorongás és belső feszültség jellemzi, amit munkavégzéssel próbál csillapítani (Nakken, 1996; Porter, 1996; Robinson, 1992; Robinson és Flowers, 2004; Spence és Robbins, 1992). Kényszeres dolgozó, aki mindenben a tökéletességre törekszik, s emellett nagymértékben vágyik a kontrollra, hatalomra (Burke, 2001; Homer, 1985; Killinger, 2006; Oates, 1971; Porter, 1996; Robinson és Flowers, 2004). Úgy véli, rajta kívül senki más nem tudja az adott feladatot elvégezni, ezért nagyon rosszul kommunikál munkatársaival, akikkel nem képes együttműködni. Nem tud feladatokat delegálni, megosztani, a munkában másokkal kooperálni (Holland, 2007; Machlowitz, 1980; Porter, 1996). Rugalmatlan és makacs, képtelen a lazításra, játékra, kreatív és spontán tevékenységekre (Machlowitz, 1980; Porter, 1996). Munkaidőn kívül is folyton a munkán jár az esze, fejben akkor is dolgozik, ha fizikailag éppen akadályozva van. Nem képes tehát nem dolgozni anélkül, hogy ne szorongana, ne lenne büntudata amiatt, hogy valami fontos munkát nem végez el (Robinson, 1998). Környezetével szemben türelmetlen és ingerült, másoktól is a legmagasabb teljesítményt várja el, mint ahogy önmagától is (Robinson, 1998). Nem képes elfogadni, ha hibázik, vagy ha mások rámutatnak hiányosságaira, ahogy tanulni sem tud saját hibáiból (Robinson és Flowers, 2004). Folyamatos rohanásban van, rendszeresen egyszerre több dolgot végez egy időben. Életét egyértelműen a munka uralja,

más tevékenységeket – családi, társas, hobbitevékenységeket – jelentős mértékben elhanyagol (Robinson, 1998).

A munkafüggőség főbb tüneteinek, jellegzetességeinek tárgyalásakor érdemes még bemutatnunk azt az összevetést, amelyet Porter (1996) végzett el, s amely megpróbálja megragadni a munkafüggők és a nem problémás, de keményen dolgozó személyek munkavégzését. A szerző olyan jellemzők mentén hasonlította össze a két típust, amelyek alapvetően fontosak és hasznosak a munkahelyek és vezetők szempontjából, azonban a kétféle munkavégző-típus belső mozgatórugói eltérnek egymástól (2.7–2. táblázat).

2.7–2. táblázat A keményen dolgozó és a munkafüggő személy összehasonlítása hasonló munkavégzési viselkedésformák mentén, Porter (1996, 79.) nyomán

Viselkedés	Háttértényezők	
	Keményen dolgozó	Munkafüggő
Munkával eltöltött hosszú órák	elköteleződés, involválódás, önfeláldozás, felelősségérzet	menekülés érzelmek vagy egyéb elköteleződések elől; irreális színvonalú teljesítmény hajszolása
Teljesítmény magas színvonalon	minőségi gondolkodás, tudatosság	arra vonatkozó kifogás, hogy miért dolgozik olyan sokat; irreális kísérlet arra, hogy növelje önértékelését
Munkába való involválódás a munkaidőn kívül is	elköteleződés, önfeláldozás; felismerése annak, hogy a munkát az időtől függetlenül el kell végezni; felelősség érzése	képesség hiánya arra vonatkozóan, hogy egyensúlyt teremtsen a különböző elköteleződésekben, illetve hogy kielégülést szerezzen az élet más területein; igény a kontroll fenntartására
Munka-tevékenységek kontrollja	erős és hatékony irányítás, megbízhatóság, felelősség	az életben megjelenő kontrollhiány érzetének kompenzálása; az önértékelés növelése krízisek megoldása által
Személyes azonosulás a munkával	büszkeség és elégedettség; munkába való involválódás mint az énkiterjesztés egy formája	a máshonnan nem megszerzett önbecsülés megteremtése a munka által; más azonosulásoktól (identitásoktól) való szeparáció

Ezen összehasonlítás alapján is hasonló végső következtetésre juthatunk, mint a fentebb idézett szerzők: a munkafüggő személyek, bár rengeteget dolgoznak, valójában *kompenzatórikus funkciók* miatt teszik ezt. Érzelmek, intim kapcsolatok és a valóság elől menekülnek; kudarctól való rettegésük, alacsony önértékelésük, kontrollérzetük alacsony szintje vezet ahhoz, hogy feszültségeiket és hiányosságaikat a munkával kompenzálják.



### 2.7.1.1 A munkafüggőség típusai

Spence és Robbins (1992) esetében láttuk, hogy három dimenzió mentén hat különböző munkavégző-típust írtak le, s közülük lényegében egyet tekinthetünk munkafüggőnek. Velük szemben több szerző a munkafüggőségen *belül* differenciált alcsoportokat – noha ezt ők nem empirikus úton kimutatott pszichológiai faktorok mentén, hanem csupán elméleti és megfigyeléses alapon tették. Oates (1971) például öt különböző munkafüggő-típust különített el. Az *állhatatos munkafüggő* rendkívül perfekcionista, rendszeresen túlvállalja magát, környezetével szemben intoleráns, így a közösségekből kirekesztik. Az *átalakult munkamániás* az élet minden területét halálosan komolyan veszi, minden percét pontosan megtervezi, és folyamatosan határokat szab önmagának. A *menekülő munkamániást* Oates úgy határozta meg, mint azt a személyt, aki valamilyen élethelyzettől, például rossz házasságától menekül a munkavégzésbe. A *szituációs munkaalkoholista* és az *álmunkamániás* viszont jelenlegi tudásunk szerint nem tekinthető munkafüggőnek. Az előbbi valójában az instabil és kedvezőtlen gazdasági háttere miatt kényszerül túlzott mennyiségű munkavégzésre, utóbbi pedig szintén a gazdasági-társadalmi előrelépés miatt küzdve dolgozik többet, s nem önmagával szemben magasak az elvárásai, hanem csupán magasabbra szeretne kerülni a munkahelyi hierarchiában.

Killinger (1991) három munkafüggő-típust különböztetett meg. A *kontrolláló* kifejezetten vezető típus, aki szereti a gondolkodtató feladatokat, kevés az alvási igénye, független, zárkózott, ugyanakkor lobbánékony személyiség. A *narcisztikus kontrolláló* nem kedveli a magas stresszel járó helyzeteket, önző és büszke, saját célja mindennél és mindenkinél fontosabb. A *kedveskedő munkafüggő* olyan személy, aki mindenkinek próbál a kedvében járni, mivel erősen függ mások elismerésétől. Sértődékeny, ugyanakkor magában tartja sérelmeit, és erős kisebbségi érzések jellemzik.

Fassel (1992) négy munkafüggő-típust írt le. A *kényszeres dolgozó* szabadidejében mindig dolgozik, perfekcionizmus jellemzi. Az *alkalmi kemény dolgozó* (binge worker) alkalmanként, folyamatos pihenés és alvás nélkül dolgozik rengeteget, miközben képes megfelekedni biológiai szükségleteiről, s csak munkájával van elfoglalva. Ezen időszakok között azonban normális munkavégzés jellemzi, így nem tekinthető klasszikus munkafüggőnek. Érdekes típus a Fassel által leírt *zugdolgozó*, aki túlzó munkavégzését titkolja, dugdossa mások, főként hozzátartozói előtt. Az ötödik típus pedig az *anorexiás dolgozó*, aki képtelen a feladatok befejezésére, mindent a legvégsőkig halogat, s rendszertelen munkavégzés jellemzi. Nehezen tartja be a határidőket, ezáltal nem megbízható munkaerő.

Robinson (1998) két dimenzió mentén különített el négy alcsoportot. Elképzelése szerint ugyanis leginkább úgy érdemes a munkafüggő személyeket elkülöníteni, hogy azokra mennyiben jellemző a munkavégzés kezdeményezése, illetve mennyiben képesek egy adott feladatot befejezni. A *tántoríthatatlan munkafüggő*t folyamatos munkavégzés jellemzi, aki mind a feladatok kezdeményezésére, mind azok befejezésére nagyban törekszik. A *bulimiás munkafüggő* sokszor nem is dolgozik, nem jeleskedik a munka elkezdésében, ugyanakkor szakaszosan nagy hajtásra képes, így végül el tudja végezni a feladatot. A *figyelemhiányos munkafüggő* szeret újabb és újabb feladatokba belevágni, mivel folyamatosan új ingerekre van szüksége. Azonban gyorsan megun egy feladatot, így azok befejezésében már nem jár az élen. Az *ínyenc munkafüggő* pedig, mivel egy-egy tevékenységben igen alaposan elmélyül,

nem keresi újabb és újabb feladatok megvalósítását. Nagyon lassan és precízen dolgozik, folyton újra és újra leellenőrzi és kijavítja munkáit, így nehezen képes azokat befejezni.

### 2.7.2 MÉRŐESZKÖZÖK

Jelenleg, különösen a számtalan elmélet és definíció megjelenéséhez képest, kevés eszköz áll rendelkezésre a munkafüggőség mérésére. Ezek közül a leggyakrabban használt skála a Spence és Robbins (1992) által kifejlesztett *Munkaalkoholizmus Teszt* (Workaholism Battery). A kérdőív három alskálát tartalmaz, amelyek a szerzők elméleti koncepcióját hivatottak mérni. Hét-hét tétel önbeszámoló módon méri a munkára vonatkozó *készítetést* (pl. *gyakran érzem azt, hogy valami bennem arra készítet, hogy keményen dolgozzak*) és a munkába való *involválódást* (pl. *unatkozom és tehetetlennek érzem magam vakáció alatt, ha nem tudok semmi hasznosat csinálni*), további kilenc tétel pedig a munka *élvezetére* kérdez rá (pl. *néha annyira élvezem a munkámat, hogy nehezemre esik azt abbahagyni*). A skála megfelelő megbízhatósággal és validitással rendelkezik (Aziz és Zickar, 2006; Burke, 2000; McMillan és mtsai, 2002; Spence és Robbins, 1992).

Robinson (1989; 1999) is kidolgozott egy önjellemzéses kérdőívet, amelynek a *Munkafüggőség Rizikó Teszt* (Work Addiction Risk Test) elnevezést adta. A 25 tételből álló kérdőívet a szerző tisztán elméleti alapon, családterápiás megközelítés mentén és klinikai megfigyelésekből származó tapasztalatok alapján dolgozta ki. Robinson a kérdőívet egy egydimenziós skálaként mutatta be, azonban a későbbiekben öt faktort azonosított. Ezek a *kényszeres tendenciák* (pl. *azt veszem észre, hogy még akkor is dolgozom, amikor a kollegáim már mind abbahagyták a munkát*), a *kontroll* (pl. *elvesztem a türelmemet, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy én szeretném*), a *csökkent kommunikáció és önelmélyülés* (pl. *több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szeretteimmel való kapcsolatomra*), a *munka átadásának képtelensége* (pl. *jobban szeretem a dolgokat magam elvégezni, mintsem, hogy másoktól kérjek segítséget*) és az *önértékelés* (pl. *nagyon fontos, hogy lássam a munkám tényleges eredményeit*) (Flowers és Robinson, 2002). A szerző munkatársaival együtt igazolta az eszköz megfelelő megbízhatóságát és validitását is (Robinson, 1996; Robinson és Phillips, 1995; Robinson és Post, 1994, 1995a; Robinson, Post és Khakee, 1992). A kérdőív hazai adaptálását a 4.5. fejezetben ismertetem.

Clark (1993) a DSM–III alapján alkotta meg az *Adaptív és Maladaptív Személyiség MÉRŐESZKÖZT* (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP), amely a maladaptív személyiség különböző jegyeit próbálja feltérképezni. A szintén önjellemzéses kérdőív 15 alskálát tartalmaz, s ezek közül egyik a munkafüggőség (SNAP-Work). A 18 tételből álló faktoron kétfokú skálán kell a személyeknek jellemezniük magukat. McMillan és munkatársai (2002) szerint a skála megfelelő belső konzisztenciával és érvényességgel rendelkezik.

### 2.7.3 Epidemiológia

A munkafüggőség elterjedtségéről, a probléma nagyságáról jelenleg gyakorlatilag semmit sem tudunk. Egyetlen, 1998-ban készült kanadai vizsgálatot ismerünk, amely reprezentatív mintán, a normál felnőtt lakosság körében próbált valamilyen információt szerezni a zavar gyakoriságáról; tette ezt azonban viszonylag inadekvát módon, egyetlen kérdés segítségével (*Ön munkafüggőnek tartja magát?*) (Kemeny, 2002). Ezen felmérés alapján a kanadai felnőtt lakosság 27%-a munkafüggőnek tartja magát. Egy kultúrközi kutatásban, Schaufeli, Shimazu és Taris (2009) holland és japán mintát hasonlított össze egy a WART-ból (Robinson, 1989; Robinson, 1998) és egy nyolc-tételes kérdőívből álló eszközzel (Spence és Robbins, 1992). A kutatás egyik célja az excesszív dolgozók és a munkafüggők elkülönítése volt. Eredményeik szerint a munkavállalók a következő csoportokba sorolódtak: *nyugodt munkások* (a hollandok 28,5%, míg a japánok 33,1%-a), *keményen dolgozók* (sorrendben 17,4%, illetve 16,8%), *kényszeres dolgozók* (17,0% és 18,1%), valamint *munkafüggők* (37,1% és 32,0%).

Bár a feltételezések szerint a férfiak hajlamosabbak a túlzott mértékű munkavégzésre, egy 2006-os vizsgálatban (Burke, Matthiesen és Pallesen, 2006) s a fent említett kanadai vizsgálatban (Kemeny, 2002) sem találtak nemi különbségeket. A kulturális és szociodemográfiai tényezők azonban fontos szerepet játszhatnak.

### 2.7.4 Komorbiditás

Hasonlóan igen kevés megbízható adattal rendelkezünk a munkafüggőség komorbiditását illetően. Mindazonáltal a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok szerint a munkafüggő személyek körében gyakori a *szorongás* és a *depresszió* (Greenberg, 1987; Robinson, 1996; Robinson és Flowers, 2004). A szorongásos problémák közül leginkább a kényszeresség, a kényszerbetegség jellemző (Clark, Livesley, Schroeder és Irish, 1996; Machlowitz, 1980; McMillan és mtsai, 2002), amelynek szintén fontos háttértényezője a perfekcionizmus, a tökéletességre való igény. Ez az evészavarok bizonyos formáinál, például az *anorexia nervosa*-nál is meghatározó rizikófaktor, ezért nem volna meglepő a két betegség (az *anorexia nervosa* és a munkafüggőség) együttjárása sem. Robinson és Flowers (2004) párhuzamot lát az anorexiás és a munkafüggő személyek között abban, hogy mindkét csoportnál jellemző a perceptuális torzulás megjelenése. Míg az anorexiás betegnél a testképe torzult (kövérnek látja magát, miközben mások soványnak tartják), addig a munkafüggő a munkavégzésének mennyiségét nem tudja reálisan látni; úgy érzi, túl keveset teljesít, mások viszont ennek pont az ellenkezőjét tapasztalják. A hangulatzavarok közül nem csupán a depresszió, hanem a *mániás*, *hipomániás* epizódok (és a magas energiaszint) is együtt járhatnak excesszív munkavégzéssel (Clark, McEwen, Collard és Hickok, 1993; Machlowitz, 1980). A szomatikus betegségek közül a *kardiovaszkuláris megbetegedések* különösen jellemzőek lehetnek a munkafüggő személyekre, hiszen az ezzel kapcsolatos mediátor tényezők, mint például a tartósan megemelkedett stresszállapot (Aziz és Zickar, 2006; Kanai, Wakabayashi és Fling, 1996; Spence és Robbins, 1992), illetve az *A típusú személyiség* (McMillan és mtsai, 2002; Robinson, 1996; Seybold és Salomone, 1994) különösen jellemző rájuk. Az egészséggel kapcsolatos rizikómagatartás (mint például

dohányzás, alkoholfogyasztás) egyesek szerint nem feltétlenül kapcsolódik a munkafüggőséghez (Kanai és mtsai, 1996), ugyanakkor mások azt találták, hogy a munkafüggőség rizikótényezőt jelent a megnövekedett alkoholfogyasztás szempontjából (Burke, 1999; Greenberg, 1987). Greenberg (1987) emellett felhívta a figyelmet arra, hogy a munkafüggő személyek az átlagnál jobban veszélyeztetettek a szuicid késztetések szempontjából is.

#### 2.7.5 A betegség lefolyása

Fassel (1992) a munkafüggőség lefolyásában három szakaszt különített el. A *korai stádiumban* a személyre jellemző, hogy folyamatosan elfoglalt, egyre több, irreálisan sok feladatot vállal. Rengeteget túlórázik, és gondolatai állandóan, munkaidőn kívül is a munkája körül forognak. Nagyon szoros időbeosztás szerint él, percre pontosan megtervezi feladatait és szorong, ha nem végezheti munkáját. Eközben magánéleti kapcsolatait egyre jobban kezdi elhanyagolni. A *középső stádiumban* már komolyabban sérülnek a személyes kapcsolatok. A munkamániás személy hiába van otthon, nem képes elszakadni munkájától sem fizikailag, sem gondolatban. A túlzott munkavégzés szomatikus következményei is megjelennek, egyre fáradtabb, kimerültebb lesz, miközben emlékezeti, koncentrációs problémái is egyre gyakoribbak. Testsúlyukban is változás észlelhető – egyesek nagyon lefognak, mások testsúlygyarapodással reagálnak a tartós stresszre. Végül az *utolsó stádiumban* már komolyabb testi és pszichés tünetek is megjelennek (pl. krónikus fejfájás, gyomorfekély, szív- és érrendszeri problémák, inszomnia, depresszió), amelyek a legsúlyosabb szomatikus következményekhez, szívinfarktushoz vagy stroke-hoz vezethetnek.

Killinger (1995) is a zavar progresszív jellegét hangsúlyozza. Elmélete szerint a munkafüggő személyek belső *félelmeinek* eluralkodása az, ami fokozatosan súlyosbítja a problémát. A munkafüggők e szerint számos dologtól rettegnek: a kudarctól, az unalomtól, hogy lustának tartják őket, hogy mások felfedezik hibáikat, s előbb-utóbb mindent gyanúsna tartanak. Mindezen belső feszültségeket és félelmeket a munkával próbálják palástolni és kompenzálni, illetve önmaguk és mások számára bebizonyítani, hogy sikeres, tevékeny, tökéletes emberek. A betegség következő szakaszában a személyre már krónikus fáradtság jellemző, amely csökkenti munkahelyi teljesítményét. Ez természetesen erős belső feszültséget és önvádat gerjeszt, hiszen mindenáron tökéletesen szeretne teljesíteni, azonban ekkor erre már fizikailag sem lenne képes. Killinger (1995) szerint ez után következik egy fordulópont a zavar lefolyásában, amikor a személyt már gyakorlatilag csak kudarcok és veszteségek érik. Fokozatosan elveszíti érzéseit, kommunikációs képességeit, empátiáját, intim kapcsolatok fenntartására való képességét, függetlenségét. Killinger szerint a legvégső stádiumban pedig a személy személyes integritása, játékos énje és humorérzéke, végül testi és lelki egészsége is súlyos károkat szenved.

### 2.7.6 A munkafüggőség következményei

A munkafüggőség következményeit a fentiek során már több ízben érintettem, de érdemes ezeket e helyütt rendszerezetten is összefoglalni. Azzal együtt érdemes ezt megtenni, hogy a viselkedéses és pszichés tényezők némelyikénél figyelembe kell vennünk, hogy azok nem feltétlenül a betegség közvetlen következményeiként, hanem akár azzal párhuzamosan, esetenként annak előzményeiként jelennek meg. Mivel ebben az esetben is többségében csupán klinikai megfigyelésekre tudunk támaszkodni, a lehetséges ok-okozati tényezők összefüggérendszerében e helyütt nem tudunk rendet teremteni.

A viselkedésbeli és pszichés következmények között kell megemlítenünk a nyugtalanságot, irritabilitást, türelmetlenséget, hiperaktivitást, feledékenységet, koncentrációs zavarokat, agressziót, dühkitöréseket, szociális izolációt, a humorérzék és a kreativitás elvesztését (Killinger, 1995; Robinson, 1998), illetve a súlyosbodó szorongást, depressziót és akár az öngyilkossági kísérletek megjelenését (Gambino és Lesieur, 2006; Greenberg, 1987; Robinson, 1996; Robinson és Flowers, 2004). A pszichés konzekvenciák sorában különös figyelmet érdemelnek a párkapcsolati és családi életben való funkcionálás zavarai. Robinson, aki családterápiás megközelítésből szemléli és tárgyalja a munkafüggőséget, munkatársaival együtt számos tanulmányban felhívta a figyelmet a munkafüggőség családi és szülői életre való káros hatásaira (Robinson, 1998; Robinson, Carroll és Flowers, 2001; Robinson és Kelley, 1998; Robinson és Post, 1995b), amelyeket részben Pietropinto (1986) korábbi vizsgálata is bemutatott. A munkafüggőkre rendkívül törekeny és konfliktusos házastársi kapcsolatok jellemzők, magas családon belüli diszfunkcionalitással.

Ahogy fentebb említettem, a munkafüggőség számos enyhébb és súlyosabb szomatikus szövődménnyel jár. A munkafüggő személyek – illetve az átlagosnál jóval többet dolgozók – több egészségügyi panaszról számolnak be, és többet betegeskednek, mint a nem munkafüggők (Burke, 1999; Greenberg, 1987; Kemeny, 2002; Sparks, Cooper, Fried és Shirom, 1997; Spence és Robbins, 1992). A fáradtság, fejfájás mellett előfordulhat szédülés, allergiás tünetek, légszomj, tic zavar, mellkasi fájdalom, emésztési zavarok, gyomorfekély, szív- és érrendszeri panaszok, a legsúlyosabb esetekben pedig szívinfarktus, illetve agyvérzés (Robinson, 1998). Ahogy az epidemiológiai alfejezetben említettük, a túlzott munkavégzés súlyos, akár halálos betegségekhez vezető hatásai (azaz a „karoshi”) Japánban különösen nagy problémának számítanak (lásd pl. Nishiyama és Johnson, 1997).

A munkafüggőség negatív következményei – a tévhitekkel ellentétben – munkahelyi szinten is jól tetten érhetők. A munkafüggő személyek ugyanis, különösen a betegség előrehaladtával, már nem képesek jól teljesíteni. A túlhajsza, a fáradtság és egyéb fizikai tünetek miatt többet hibáznak (döntéshozatalban, kritikai gondolkodásban), kevésbé kreatívak, többet hiányoznak és kiegészítő fenyegeti őket. Rosszabb döntéseket hoznak, a munkatársakkal való együttműködés hiánya pedig rontja az őket körülvevő általános közhangulatot is (Hanson, 1985; Harrison és Horne, 2000). Mindezek alapján jól látszik, hogy valójában a munkahelyek számára is problémát jelent a munkafüggőség.

## 2.7.7 Etiológia

McMillan és munkatársai (2002) szerint a munkafüggőség értelmezésében használt három domináns értelmezési keret az *addikcióelmélet*, a *vonáselmélet* és a *tanuláselmélet*. Az addikcióelmélet egyik irányzata szerint a személy a munkavégzés során a (kellemes szomatikus hatásokkal együtt járó) *megemelkedett adrenalinszint* rabjává válik (ez az addikció medikális elmélete) (Fassel, 1992). Eszerint az adrenalinrendszer zavara állhat a betegség kialakulásának hátterében. Mivel azonban egyszerre sok tényező hat a szervezet adrenalin-háztartására (pl. kávéfogyasztás, fizikai aktivitás, munkavégzés stb.), ezért nehéz a munkavégzés hatását pontosan meghatározni. Az addikcióelméletnek ezen formája empirikus adatokkal ugyanakkor nem alátámasztott.

A munkafüggőség vonáselméletének képviselőit két táborba lehet sorolni. A vonásspecifikus elméletek képviselői a munkaalkoholizmus mögött olyan specifikus diszpozíciókat vélnek felfedezni, mint az *obszesszív-kompulzív vonások* (pl. Clark és mtsai, 1996; McMillan és O'Driscoll, 2006; Naughton, 1987; Scott, Moore és Miceli, 1997), a *perfekcionizmus* (pl. Homer, 1985; Killinger, 2006; Machlowitz, 1980; Porter, 1996; Robinson, 1998; Scott és mtsai, 1997; Spence és Robbins, 1992) vagy a *magas energiaszint* (ami a hipomániás epizódnál meghatározó) (Clark és mtsai, 1996). A személyiségvonások és -típusok kapcsán többekben felmerült az *A típusú személyiség szerepe* is (McMillan és mtsai, 2002; Robinson, 1996, 1999). Az általános vonások teóriája ezzel szemben a főbb személyiségdimenziók (lásd Big Five elméletek) mentén ragadja meg a munkaalkoholizmust, és egyrészt a *túlzott mértékű lelkiismeretesség*, másrészt a *magas érzelmi labilitás* és a *tapasztalatokra vonatkozó alacsony nyitottság* szerepét emeli ki (Burke és mtsai, 2006; Clark és mtsai, 1996).

A *tanuláselmélet* képviselőinek érvelése szerint, mivel a munka gazdasági-társadalmi szempontból számos kívánatos következménnyel jár, ezért megerősítést kap, s ezáltal egyre gyakoribb viselkedési formává válik. A tanuláselmélet keretében a munkafüggő személy operáns kondicionálás útján elsajátítja, hogy ezzel a módszerrel kezelje problémáit, csökkentse – főként alacsony önértékeléséből fakadó – szorongását. Nem csak a pozitív megerősítés (pl. dicséret vagy több pénz a több munkáért, jó teljesítményért, sikerekért) bír azonban jelentőséggel a probléma kialakulásában, hanem valamilyen negatív esemény vagy élethelyzet (pl. szegénység, családi konfliktusok) elkerülése is fontos – negatív – megerősítő szerepet játszhat (McMillan és mtsai, 2002).

Más megközelítések – pl. pszichodinamikus vagy családterápiás megközelítés – a szülői–nevelői attitűd, illetve a családi légkör szerepét emelik ki. Mathews és Halbrook (1990) például úgy véli, hogy a munkafüggők diszfunkcionális családokban nőttek fel, s ezek a személyek felnőttkorukban olyan állást keresnek, ahol nagy a munkahelyi stressz, mivel a családjukban magas volt a tolerancia a stresszre és a kaotikus állapotokra. Ezen megközelítés szerint a munkahely tulajdonképpen az eredeti családi környezet reprodukcióját jelenti. Berglas (2004) felfogásában a munkafüggőség a pszichoszociális integráció kudarca miatt alakul ki, s ennek hátterében koragyermekkori sérülések állnak. Feltételezése szerint az egyik ok, amely ilyen felnőttkori problémákhoz vezet, a *gyermekkori abúzus*, amely aztán képtelenné teszi a személyt intim kapcsolatok kialakítására. Berglas (2004) ugyanis amellet érvel, hogy a személy *nem a munkafüggőség következményeként* nem képes intim kapcsolatokra, hanem fordított ok-okozati viszonyról van szó: éppen hogy amiatt menekül a munkába, válik munkafüggővé, mert nem képes más személyekhez

kapcsolódni. Ebben pedig Berglas meglátása szerint az egyik ok a gyermekkori abúzus lehet, illetve másik lehetséges háttérmechanizmusként a szülők túlóvó, elkényeztető nevelői attitűdjét véli felfedezni. Ebben az esetben a gyermekben irreálisan nagy felsőbbrendűségi érzések válnak uralkodóvá, s ennek következményeként felnőttkorában nem lesz képes kapcsolódni másokhoz, túlzó elvárásai miatt. Killinger (2006) és Robinson (1998) is úgy véli, hogy a munkafüggőség különösen olyan személyek esetében alakul ki, akik gyermekkorukban másokhoz képest jóval korábban kényszerültek felelősségteljes szerepekbe. Ennek oka lehet például az egyik szülő súlyos betegsége, halála vagy a szülők válása. S ahogy említettük a betegség következményeinél, a munkafüggő szülők is gyakran felelősségteljesebb szerepekbe kényszerítik gyermekeiket (azáltal, hogy folytonos fizikai vagy emocionális értelemben vett távollétük miatt nekik kell érzelmi támaszt nyújtani a másik szülőnek, illetve segíteni neki felnőtt feladatok ellátásában), ez pedig a zavar generációról generációra való átadását eredményezheti. Ha nem is munkamániás a szülő, a gyermek felé kifejezett túlzottan magas elvárások mindenképpen rizikótényezői a későbbi munkafüggőség kialakulásának (Killinger, 2006). A szülői magas elvárások, a kizárólag jó teljesítményért adott megerősítések a gyermekben alacsony önértékelést és perfekcionizmust alakíthatnak ki (Porter, 1996; Robinson, 1998). Robinson (1998) tapasztalatai szerint ezek a gyermekek sokkal több időt fordítanak kötelességeikre, mint játékra és fantáziálásra; kényszeresen próbálnak a legjobbak lenni az iskolában, szakkörökön, sporttevékenységekben; nagyon rosszul viselik el, ha hibáznak; sokkal szívesebben töltik idejüket felnőttek, mint gyermektársaik körében; s a felnőttektől folyamatosan megerősítéseket várnak. Problémáik vannak a kérdezéssel és a segítségkéréssel; már fiatalkorukban az átlagosnál nagyobb nyomás alá helyezik saját magukat; és megjelennek náluk a stresszhez kapcsolódó szomatikus problémák is (pl. fejfájás, gyomorpanaszok, allergiás tünetek).

Tanulmányunkban már többször hangsúlyoztuk a *szorongás* szerepét a munkafüggőség kapcsán. A zavar kialakulásának és fennmaradásának háttérében ez mindenképpen kiemelkedő jelentőségű (Greenberg, 1987; Nakken, 1996; Porter, 1996; Robinson, 1992, 1996; Robinson és Flowers, 2004; Scott és mtsai, 1997; Spence és Robbins, 1992). Ahogy említettük, a belső feszültségek és félelmek kezelése, öngyógyítása érdekében menekül a személy a munkába, s vár a munkavégzéstől remélt megerősítések és elismerések révén megnyugvást.

## 2.8 Kényszeres vásárlás

### 2.8.1 Definíció és tünettan

A *kényszeres vásárlás* (compulsive buying) jelensége az elmúlt évtizedekben, kifejezetten a 80-as évek vége, 90-es évek eleje óta került a figyelem fókuszába, ugyanakkor már korábban felfigyeltek rá híres személyiségek, például Marie Antoinette, Mary Todd Lincoln, Jacqueline Kennedy vagy Diana hercegnő kapcsán (Black, 2007), illetve a 20. század elején megjelentek az első szakmai írások is a témával kapcsolatosan. Kraepelin (1915) pszichoterápiás munkája során megfigyelte, hogy egyes páciensei kóros vásárlási hajlammal jellemezhetők, és a problémát *oniomániának* nevezte el. A kifejezés a görög

„onios” és „mania” szavakból tevődik össze; előbbi szó jelentése: „eladó”. Egy évtizeddel később Bleuler is hasonló problémákat tapasztalt egyes betegei kezelése során, és ahogy Kraepelin, úgy ő is a zavar impulzív jellegzetességeit hangsúlyozta. 1924-es írásában az alábbiakkal jellemezte a problémát: *Különleges ismertetőjegye az impulzivitás; [...] a páciensek teljes mértékben képtelenek arra, hogy differenciáltan gondolkodjanak, és hogy figyelembe vegyék cselekvéseik eszméletlen következményeit, és annak lehetőségét, hogy ne hajtsák végre a tettet. Ahogy magát az impulzust sem érzékelik, csak cselekednek természetük szerint, ahogy a hernyó, amelyik felfalja a leveleket* (Bleuler, 1924, 540). Ezen korai szerzők tehát a zavar impulzív vonásait (pl. kontrollvesztést, a következmények belátásának képtelenségét) emelték ki, s egyúttal elsősorban a kleptomániához és piromániához hasonló betegségnek tekintették. Mindez párhuzamba állítható Hollander és Wong (1995) elképzelésével, amely szerint a kényszeres vásárlás az általuk felvetett kompulzivitás-impulzivitás spektrumon a kleptománia mellett helyezkedik el. A zavar elnevezése, illetve az obszesszív-impulzív spektrumon való megjelenítése ugyanakkor a probléma kényszeres jellegére is utal. A szakirodalomban a probléma tárgyalásakor legtöbbször a kényszeres vásárlás kifejezést használják, ugyanakkor számos más elnevezéssel is találkozhatunk. Ezek az elnevezések nemegyszer a jelenség más megközelítésben való értelmezését is tükrözik. A *kényszeres vásárlás* kifejezést használó szerzők értelemszerűen a jelenség repetitív, kompulzív jegyeit emelik ki (pl. d’Astous, Maltais és Roberge, 1990; Faber és O’Guinn, 1992; Faber, O’Guinn és Krych, 1987; McElroy és mtsai, 1994; O’Guinn és Faber, 1989; Valence, d’Astous és Fortier, 1988), míg az *impulzív vásárlás* elnevezést használók – a fent említett pszichoanalitikus szerzőkkel egyetemben – a problémát alapvetően kontrollvesztéssel, a tervezés és a negatív következmények figyelembevételének hiányával jellemzik (pl. Weun, Jones és Beatty, 1997). Ez a megközelítés a jelenlegi diagnosztikai rendszerekben is tetten érhető, ugyanis a kényszeres vásárlást a DSM-IV – bár külön nem tárgyalja – a *máshova nem sorolt impulzuskontroll-zavarok* osztályában említi. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy mivel a zavar tünettanát tekintve mind kompulzív, mind pedig impulzív sajátosságokkal rendelkezik, felmerül, hogy meg kell különböztetnünk egymástól az impulzív és a kompulzív vásárlást. Az impulzív vásárlás kétségtelenül egy jóval gyakoribb jelenség, amelyet megközelítően a normál populáció fele tapasztal élete során (Lejoyeux, Adès, Tassain és Solomon, 1996; Rook és Fisher, 1995), ezt azonban önmagában nem tekinthetjük betegségnek, hiszen többnyire akut, elszigetelt eseményről, *vásárlási rohamról* van szó. Ezek az egyszeri vagy alkalmi esetek alapvetően nélkülözik a kompulzív elemet. A megvásárolt termékek közel egyharmada impulzív vásárlás útján kerül a tulajdonosához (Faber és Vohs, 2004). A vásárlást ilyenkor a kívánt tárgy megszerzésének vágya vezérli. A kompulzív vásárlás dinamikája ezzel szemben jóval összetettebb, mozgatórugói komplexebbek. Míg az impulzív vásárlást külső tényezők, például a látvány, a közelség, illetve elsősorban a kívánt tárgy megszerzésének célja váltja ki, addig a kompulzív vásárlás hátterében belső tényezők húzódnak meg: a kényszeres vásárló belső feszültségét, szorongását, negatív érzelmi állapotait próbálja csökkenteni a vásárlás által, azaz mintegy menekülésként, megküzdési stratégiaként alkalmazza a vásárlást (Edwards, 1992). Amennyiben a jelenséget *önszabályozási deficit*ként szemléljük, az impulzív vásárlás alulszabályozásként, a kompulzív vásárlás félreszabályozásként fogható fel (Edwards, 1992; Faber és Vohs, 2004; Swan-Kremeir, Mitchell és Faber, 2005). Az impulzív vásárlás esetében egy egyszeri hiba csúszik be a célvezérelt viselkedés folyamatába, ezáltal elégtelen önszabályozás jelentkezik, és a személy megvásárolja az adott terméket. A kontroll azonban ezt követően visszaáll, így mindössze egy egyszeri



„kilengésről” beszélhetünk. A kompulzív vásárlás során jóval súlyosabb hiba érzékelhető az önszabályozási rendszerben, gyakorlatilag az önszabályozás teljes összeomlását tapasztalhatjuk. Ily módon érthető, hogy a kompulzív vásárlás is tartalmaz impulzív elemeket. A „félreszabályozás” a fentebb már említettekre utal, miszerint a személy a vásárlással próbálja szabályozni belső problémáit – ugyanúgy, ahogy például az alkoholproblémával küzdő személy alkoholfogyasztással „kezeli” belső feszültségét. Ebben a megközelítésben a kényszeres vásárlás – a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos függőségeknél leírt – szelf-medikációs eszközként is értelmezhető (Khantzian, 1985), megerősítve azt az elképzelést, hogy a kémiai és viselkedési addikciók háttérében közös pszichés mechanizmusok húzódnak meg. A zavar más addikciókkal való szoros kapcsolatát annak elnevezésében is tetten érhetjük számos szerző esetén. A már említett *kényszeres vásárlás* és *impulzív vásárlás* helyett ugyanis egyesek az *addiktív vásárlás* (Scherhorn, Reisch és Raab, 1990) vagy a *vásárlás-alkoholizmus* (shopaholism, illetve spendaholism) (Campbell, 2000) kifejezéseket használják. E helyütt érdemes megemlíteni, hogy az angol nyelvű szakirodalom megkülönbözteti a *vásárolgatás* vagy *shoppingolás* (shopping) és a *vásárlás* (buying) jelenségeit. A vásárolgatás esetében a személy ideje nagyobb részét a boltokban való nézelődéssel, válogatással, böngészéssel tölti, de a hangsúly nem feltétlenül magán a termék megvásárlásán van. A „shoppingolástól” is lehet valaki függő, azonban a következményei kevésbé karakteresek, mint a vásárlásfüggőség esetében (Campbell, 2000). Mindezen elnevezésbeli és elméleti megközelítésekben tapasztalható különbségek jól érzékeltetik a jelenség komplexitását: impulzív, kompulzív és addiktív jellegzetességeket egyaránt tartalmazó zavarról van tehát szó – azaz egy olyan problémáról, amely jól megragadja a viselkedési addikciók legfőbb sajátosságait.

A legkorábbi definíciók között szerepel Edwards (1992) meghatározása, amely szerint a kényszeres vásárlás *a vásárlás és költés olyan krónikus és abnormális formája, amely szélsőséges formában ellenállhatatlan, kontrollálhatatlan és ismétlődően megjelenő vásárlási vágygal jellemezhető, a következmények figyelembevétele nélkül* (Edwards, 1992, 54). Egy másik munkacsoport – a jelenleg is egyik leggyakrabban alkalmazott kényszeres vásárlás kérdőív kidolgozói – a jelenséget a következőképpen foglalták össze: *krónikus, ismétlődő vásárlás, amely a negatív eseményekre és érzelmekre való válaszként jelenik meg, [...] amelyet nagyon nehéz leállítani, és amely végül káros következményekhez vezet* (Faber és O'Guinn, 1992, 155). Ezen definíciók bár magukba foglalják a jelenség legfontosabb tüneteit, csupán a kényszeres vásárlás egy-egy szubjektív meghatározását kínálják. A zavar ugyanis, ahogy fentebb említettük, jelenleg nem szerepel a hivatalos diagnosztikai rendszerekben, így nincs semmilyen konszenzusos meghatározás arra nézve, hogy mit tekintünk a kényszeres vásárlás főbb kritériumainak. A legelfogadottabb talán a McElroy és munkatársai (1994) által javasolt kritériumrendszer, amely elsődlegesen a jelenség kompulzív vonásait hangsúlyozza (2.8–1. táblázat).

Bár McElroy és munkatársainak (1994) kritériumrendszerét használják a legtöbben a kényszeres vásárlás leírására és a zavar azonosítására, a definíció nem tartalmazza azt a fontos kritériumot, miszerint a kóros viselkedés *negatív eseményekre és/vagy érzelmekre adott válaszként* jelenik meg. A probléma ezen jellegzetességét ugyanakkor sokan mások hangsúlyozzák, olyan szerzők is, akik a vásárlási, vásárlói típusok különböző formáit különböztetik meg.

2.8–1. táblázat A kényszeres vásárlás lehetséges diagnosztikai kritériumai McElroy és munkatársai (1994) nyomán

A. Maladaptív foglalkozás a vásárlással, illetve maladaptív vásárlási késztetés vagy cselekedet, amit az alábbiak közül legalább az egyik jellemez:	
(1)	Gyakori foglalkozás a vásárlással vagy gyakori késztetés a vásárlásra úgy, hogy a személy a késztetést leküzdhetetlennek, tolakodónak és értelmetlennek éli meg.
(2)	Gyakori vásárlás olyan mértékű pénzköltéssel, amit a személy nem engedhetne meg magának, illetve gyakori vásárlása olyan tárgyaknak, amelyekre a személynek nincs szüksége, vagy hosszabb ideig tartó vásárlás, mint ameddig a személy azt eltervezte.
B.	A vásárlással kapcsolatos gondolatok, késztetések vagy viselkedési formák észrevehető distresszt eredményeznek, időigényesek, a társas és foglalkozási tevékenységeket jelentősen akadályozzák, vagy anyagi nehézségeket (pl. eladósodást, csődöt) eredményeznek.
C.	A túlzott vásárlás nem kizárólagosan hipománia vagy mánia epizódjaiban jelentkezik.

#### 2.8.1.1 A vásárlói típusok

Valence (1988) négyféle vásárlói típust különített el. Az *érzelemfókuszú vásárlót* (emotional reactive consumer) az adott tárgy szimbolikája mozgatja, amely gyakran érzelmi és kompenzatórikus komponenseket képvisel a vásárló számára. Az *impulzív vásárló* hirtelen jövő, spontán vágy következtében vásárol, amelyet ambivalens érzelmek és az ösztön és a felettes én közötti harc kísér. A *fanatikus vásárlót* csak a tárgy érdekli, amely iránt rendkívüli lelkesedést, intenzív rajongást érez, s emiatt érzi feltétlen szükségét annak, hogy azt megvásárolja. Valence (1988) továbbá leírja a *kontrollálatlan vásárlót* – akit a kényszeres vásárlóval azonosíthatunk –, s aki pszichológiai feszültségét és szorongásait próbálja csökkenteni a vásárlással. Többen amellett, hogy megkülönböztetik a vásárlói magatartás egyes altípusait, azokat egy kontinuum mentén helyezik el (Albanese, 1988; d'Astous, 1990; Edwards, 1992). Edwards (1992, 1993) elképzelése szerint az alábbi spektrum segítségével különböztethetjük meg a vásárlói típusokat, amelynek mentén a problémamentes vásárlástól jutunk el a legsúlyosabb formáig, a következőképpen: *normális/nem kényszeres, rekreációs, borderline, kényszeres és addiktív* vásárlói típusok. A *normális/nem kényszeres vásárlók* előre tervezetten vásárolnak olyan termékeket, amelyekre valóban szükségük van. A *rekreációs vásárlók* alkalmanként már tervezés nélkül és impulzív módon is vásárolnak, mindezzel fokozva saját hangulati állapotukat. A *borderline vásárlók* szintén hangulatfokozás céljából esetenként impulzív módon vásárolnak, azonban rájuk az impulzív vásárlást követő büntudat élménye is jellemző. A *kényszeres vásárlók* rendszeresen vásárolnak termékeket annak érdekében, hogy csökkentsék negatív érzelmi állapotaikat, majd a vásárlást követően büntudatot élnek meg, rendszeres kényszeres vásárlásuknak pedig számos negatív következménye van. Az *addiktív vásárlók* folyamatos, ellenállhatatlan vágyat élnek meg a vásárlásra vonatkozóan, emiatt és a vásárlás következtében pedig

csökkentenek, elhalasztanak vagy teljes mértékben elhanyagolnak más fontos tevékenységeket. Boundy (2000) hasonló háttérmechanizmusok mentén emeli ki vásárlói típusai közül a kényszeres vásárlást. Az *imázs-vásárlók* kiadásainak legfőbb mozgatórugója, hogy mások csodálják őket, felnézzenek rájuk, illetve drága és különleges ruháikkal, tárgyaikkal az elit körökhöz tartozzanak. Különleges bánásmódra vágnak, és úgy vélik, ha sikeresnek látszanak, valójában azok is. Hitvallásuk, hogy „az vagy, amit megveszel”. Az *alku vadászok* számára nem is maga a megvásárolt termék, hanem a vásárlás közben átélt alkudozás folyamata a legfontosabb. Rendkívül sok időt töltenek el alkudozással, akkor is, ha anyagilag erre egyáltalán nem szorúlnak rá. Alkudozási vágyuk hátterében agresszív késztetések, hatalomvágy, a dolgok felett gyakorolt kontroll elérése érhető tetten. A *kényszeres vásárló* meghatározása Boundy esetében ugyanúgy fogalmazódik meg, mint sok más szerző által: a vásárlás célja, hogy a személy nem kívánt érzelmi állapotokat csökkentsen vagy elkerüljön. A *kodependens vásárlók* arra vonatkozóan éreznek nagy késztetést, hogy másoknak vásároljanak, ezáltal remélve, hogy megerősítést, társaságot, szeretetet kaphatnak a tárgyakért cserébe. A kontrollvágy itt kifejezetten konkrét kapcsolatokra – például párkapcsolatra – vonatkozik. Inkább választják a *megmentő* (ez esetben a másik személynek minden anyagi javat biztosító személy) szerepét, minthogy kölcsönös viszonyban éljenek valakivel. Nem hiszik ugyanis, hogy akkor is kaphatnak szeretetet és megbecsülést, ha anyagi javakkal, tárgyakkal nem halmozzák el partnerüket, családtagjaikat. Rettegnek attól, hogy elhagyják őket, és úgy élik meg, önmagukban nem elég szeretetreméltóak. Boundy tipológiájában végül az utolsó típus a *bulimiás vásárló*, aki tudattalan vágyat él meg arra vonatkozóan, hogy megszabaduljon pénzétől. Ahogy az evészavaros bulimiás személy a hatalmas mennyiségű étel elfogyasztását követően megszabadul attól (például önhánytatás segítségével), úgy a bulimiás vásárló pénzétől kóros vásárlási szokásaival szabadul meg. S ahogy az evészavarban szenvedő személy, úgy a bulimiás vásárló is gyötrő bűntudatot él meg az után, hogy a cselekedetet végrehajtotta.

DeSarbo és Edwards (1996) klaszteranalízis segítségével két fő kényszeres vásárlói csoportot tudtak azonosítani személyiségdimenziók mentén. Az egyik típust *externális* kényszeres vásárlónak nevezték el, akikre magas materializmus, elkerülő megküzdés, szociális izoláció, tagadás és magas impulzivitás volt jellemző. A másik csoportot *internális* kényszeres vásárlókként azonosították, akiket bár szintén magas impulzivitás, ugyanakkor leginkább magas depresszió, szorongás és alacsony önértékelés jellemzett. A kutatás azt is kimutatta, hogy az internális típusú, tehát alapjában véve belső pszichés problémák által motivált kényszeres vásárlás súlyosabb formában jelentkezik, mint az externális típusú kompulzív vásárlás.

#### 2.8.1.2 A kényszeres vásárlás további jellemzői

Mivel a kényszeres vásárlók vásárlási magatartását nem a tényleges tárgyi szükségletek, hanem belső feszültségeik irányítják, sokkal többször költenek pénzt olyan termékekre, amelyekre valójában nincs szükségük, emellett jóval gyakrabban vásárolnak ajándékot (másoknak vagy maguknak), mint a nem kényszeres vásárlók (McElroy és mtsai, 1994; Monahan, Black és Gabel, 1996). A tárgyak feleslegessége abban is megmutatkozik, hogy a vásárlás után a személy sokszor egyáltalán nem használja azokat. Christenson és

munkatársainak (1994) eredményei szerint a kényszeres vásárlók a megvett termékek közel egyharmadát sohasem használják, és a felmérésben részt vevő impulzív vásárlók felével többször előfordult már élete során, hogy a megvásárolt tárgyat ki sem vette a csomagolásból, szatyorból. Gyakran visszaviszik az árut, esetleg otthagyják a boltban, elajándékozzák, eladják valaki másnak, vagy akár kidobják. A kényszeres vásárlók közel fele pedig egyszerűen felhalmozza, gyűjtögeti ezeket a tárgyakat anélkül, hogy használná őket (Miltenberger és mtsai, 2003). A kényszeres vásárlók főként saját maguknak vesznek valamit, és többségében egyedül mennek vásárolni (Schlosser, Black, Repertinger és Freet, 1994). Nagymértékben hatnak rájuk a külső ingerek: a színek, hangok, anyagok, a világítás, a kirakat berendezése. Másoknál gyakrabban vásárolnak márkás vagy neves tervező által készített termékeket (Lejoyeux, Mathieu, Embouazza, Huet és Lequen, 2007). A nők főleg ruhákat, cipőket, ékszereket és kozmetikai termékeket vesznek, a férfi kényszeres vásárlók pedig inkább elektronikai és műszaki cikkekre költenek szívesen (Christenson és mtsai, 1994). Bár a kényszeres vásárlók nem interneteznek többet, mint a nem problémás vásárlók, az internetet gyakrabban használják vásárlásra és többet böngésznek különböző online vásárlói oldalakat (Lejoyeux és mtsai, 2007; C. C. Wang és Yang, 2008). A kényszeres vásárlók másoknál jóval gyakrabban használják hitelkártyájukat és egyes felmérések szerint több kártyával is rendelkeznek (O'Guinn és Faber, 1989). Hajlamosak tartozások felhalmozására és könnyen válnak adóssá (Schlosser és mtsai, 1994).

### 2.8.2 MÉRŐESZKÖZÖK

Az első önjellemzőes kérdőívet, amely a *Kényszeres Vásárlást Mérő Skála* (Compulsive Buying Measurement Scale) elnevezést kapta, a 80-as évek végén publikálta egy kanadai munkacsoport (d'Astous, 1990; Valence és mtsai, 1988). A 13-tételes kérdőív három faktora az alábbi dimenziókat ragadja meg: vásárlásra való hajlam, pszichés feszültség és a vásárlás utáni büntudat érzése. Ezen skála továbbfejlesztéseként született meg két további kérdőív is: a 16-tételes, német szerzők által kidolgozott, *Addiktív Vásárlás Indikátor* (Addictive Buying Indicator) (Scherhorn és mtsai, 1990), illetve Faber és O'Guinn (1992) *Kényszeres Vásárlás Skálája* (Compulsive Buying Scale), amely a legtöbbet használt kérdőív a zavar feltérképezésére. A mindössze hét tételt tartalmazó egydimenziós mérőeszköz jó belső megbízhatósággal és megfelelő kritérium- és konstruktumvaliditással rendelkezik. Szintén ugyanezzel az elnevezéssel alkotta meg Edwards (1993) 13-tételes mérőeszközét, a *Kényszeres Vásárlás Skálát* (Compulsive Buying Scale). Az ötfaktoros önjellemzőes kérdőív a következő faktorokat tartalmazza: költésre való hajlam, kényszer/vágy a vásárlásra, vásárlás közben tapasztalt érzések, költéssel kapcsolatos problémák és vásárlás utáni büntudat. A kérdőívvel eredeti, 29-tételes verziójával szerzett tapasztalatokat a 4.6. fejezetben mutatom be. Szintén kifejezetten a kényszeres vásárlás operacionalizálására alkotta meg egy francia munkacsoport a *Vásárlási Viselkedés Kérdőívet* (Questionnaire About Buying Behavior; QABB), amely egy 19-tételes skálával dolgozó, egydimenziós skála (Lejoyeux, Tassain, Solomon és Ades, 1997) (lásd 4.6. fejezet).

A specifikus kérdőívek mellett léteznek olyan mérőeszközök, amelyek valamilyen más pszichiátriai zavar – kényszerbetegség vagy impulzuskontroll-zavar – mentén próbálják megragadni a jelenséget, és amelyeket interjúhelyzetben szokás felvenni. Ahogy más

viselkedési addikcióknál, úgy a kényszeres vásárlás vonatkozásában is kidolgoztak egy kérdőívet a Yale–Brown Obszesszív-Kompulzív Skála (Goodman és mtsai, 1989) mintájára, amelyet egyszerűen csak *YBOCS-Vásárlás Verzió*nak (YBOCS-Shopping Version) nevezték el (Monahan és mtsai, 1996). A Christenson és munkatársai által (1994) kidolgozott *Minnesota Impulzív Zavar Interjú* (Minnesota Impulsive Disorder Interview) a DSM-IV-ben máshova nem sorolt impulzuskontroll-zavarok osztályában leírt betegségeket, azaz a kleptomániát, a piromániát, a trichotillomániát, az ismétlődő explozív zavart, a kóros játékszenvedélyt, továbbá a kényszeres vásárlást igyekszik feltérképezni. Minden zavarhoz alapvetően 4 fő kérdés tartozik, amelyek mindegyike további 5 alkérdésből tevődik össze.

### 2.8.3 Epidemiológia

A kényszeres vásárlásról szóló korai írásokban a probléma elterjedtségével kapcsolatosan csak hozzávetőleges becslések fogalmazódtak meg. Ezek a nem reprezentatív felméréseken alapuló becslések az Amerikai Egyesült Államok normál populációjára vonatkozóan 1,1% és 16% közötti életprevalencia-értékekről szólnak (Faber és O'Guinn, 1989; Hassay és Smith, 1996; Magee, 1994). Black felhívja a figyelmet arra, hogy a kompulzív vásárlás életprevalencia-értéke a különböző diagnosztikus küszöbértékeket figyelembe véve változhat, ennek tükrében a zavar életprevalenciája meglátása szerint 2% és 8% közé tehető (Black, 2001). Németországban ugyanakkor, már a 90-es évek elején lezajlott egy országos reprezentatív felmérés, amely szerint az akkori nyugat-németországi populáció 5,1%-át és a kelet-németországi lakosság 1%-át érintette a zavar (Scherhorn, Reisch és Raab, 1992). Később megismételték a felmérést, amelynek keretében az 1991-es adatokat a 2001-es vizsgálatban kapott értékekkel hasonlították össze (Neuner, Raab és Reisch, 2005). Eszerint míg Nyugat-Németországban a kényszeres vásárlás életprevalenciája 8% volt, addig Kelet-Németországban 6,5% lett ez az érték. Az USA-ban végzett első hivatalos, reprezentatív mintán készült felmérés szerint a probléma a lakosság 5,8%-át érinti (Koran, Faber, Aboujaoude, Large és Serpe, 2006).

*Klinikai* kutatások kivétel nélkül arról számolnak be, hogy a nőket jóval nagyobb mértékben érinti a probléma, mint a férfiakat. Klinikai populáción végzett vizsgálatok szerint a páciensek 85–92%-a nő (Black, Repertinger, Gaffney és Gabel, 1998; Christenson és mtsai, 1994; Dell'Osso, Altamura, Allen, Marazziti és Hollander, 2006; McElroy és mtsai, 1994; O'Guinn és Faber, 1989; Schlosser és mtsai, 1994). Ugyanakkor a *lakossági* felmérések nincsenek teljes összhangban e tekintetben. Az USA-ban végzett lakossági felmérés nem mutatott ki szignifikáns nemi különbséget a kényszeres vásárlást illetően, annak ellenére, hogy a nőknél valamelyest magasabb életprevalencia-értéket találtak (nők: 6%, férfiak: 5,5%) (Koran és mtsai, 2006). Németországban viszont szignifikáns eltéréseket találtak, mindkét országban női fölényrel (Neuner és mtsai, 2005). A kényszeres vásárlás nők körében tapasztalt dominanciájának lehetséges magyarázatait Lee és Mysyk (2004) foglalta össze. A nők a vásárlás révén, anyagi javak felhalmozásával próbálnak függetlenebb szerepbe kerülni mind kapcsolati, mind társadalmi szinten (Scherhorn és mtsai, 1990), illetve egyfajta szocializálódási lehetőségként használják a vásárlást (d'Astous, 1990). Önkifejezési eszközként (Elliott, 1994) és önbecsülésük növelésére nagyobb mértékben használják ezt a viselkedési formát, mint a férfiak (Dittmar, 2000).

Az életkor fordított kapcsolatot mutat a kényszeres vásárlással, azaz a fiatalabb felnőttek érintettebbek e zavart illetően, mint az idősebbek (Koran és mtsai, 2006; Kun, Paksi, Arnold, Rózsa és Demetrovics, 2009; Neuner és mtsai, 2005). Erre kifejezetten fiatal felnőttek körében készült vizsgálatok is utalnak, amelyek szerint a probléma életprevalenciája ebben a populációban magasabb, kb. 6–12,2% közötti (Hassay és Smith, 1996; Roberts, 1998; Roberts és Jones, 2001). A probléma kezdete 18–30 év közé tehető, a betegek átlagéletkora pedig 31–41 év közötti (Black, 2001; Black és mtsai, 1998; Kun és mtsai, 2009; Lejoyeux, Haberman, Solomon és Ades, 1999; Schlosser és mtsai, 1994).

Az iskolai végzettség szempontjából nem mutatkoznak különbségek a kényszeres és nem kényszeres vásárlók között (Black és mtsai, 1998; Koran és mtsai, 2006), az anyagi helyzet vonatkozásában pedig nem teljesen egyértelműek az eredmények. Több kutatás arról számolt be, hogy kifejezetten az alacsonyabb jövedelműek érintettek a kompulzív vásárlás szempontjából (Black, Monahan, Schlosser és Repertinger, 2001; Koran és mtsai, 2006), egy korábbi vizsgálat viszont U-alakú összefüggést talált a jövedelem és a kényszeres vásárlás között (d'Astous, 1990), azaz mind a legalacsonyabb, mind a legmagasabb jövedelmi csoportba tartozók veszélyeztetettebbek a zavar kialakulása szempontjából.

#### 2.8.4 *Komorbiditás*

A kényszeres vásárlás más mentális zavarokkal való szoros kapcsolata szintén befolyásolhatja azt, hogy a problémát milyen szemléleti keretben tárgyaljuk. Látni fogjuk azonban, hogy a komorbiditás-vizsgálatok mind az obszesszív-kompulzív zavar, mind az impulzuskontroll-zavar, mind pedig az addiktológiai probléma mentén való értelmezést támogatják. Úgy tűnik, a kényszeres vásárlás nagyon gyakran társul különböző pszichiátriai zavarokhoz, és az is jellemző, hogy a páciensek egyszerre többféle pszichiátriai problémával is küzdenek (Black és mtsai, 1998; Grant, Levine, Kim és Potenza, 2005). Grant és munkatársai (2005), akik a kényszeres vásárlást impulzuskontroll-zavarként értelmezik, kutatásukban azt találták, hogy minden harmadik pszichiátriai betegnek volt már valaha legalább egyféle impulzuskontroll-zavar diagnózisa, amelyek közül a leggyakrabban előforduló impulzuskontroll-zavar a kényszeres vásárlás volt (életprevalenciája 9,3%).

A kényszeres vásárláshoz leggyakrabban társuló zavarok a szorongásos zavarok, a hangulatzavarok (főként major depresszió), a pszichoaktív szer-abúzus és dependencia, illetve az impulzuskontroll-zavarok (Black és mtsai, 1998; Christenson és mtsai, 1994; Edwards, 1992; Mitchell és mtsai, 2002). Többben az evészavarok (pl. bulimia nervosa, illetve falásrohamok) gyakoribb előfordulását is igazolták (Black és mtsai, 1998; Christenson és mtsai, 1994; Faber, Christenson, De Zwaan és Mitchell, 1995; Lejoyeux és mtsai, 1999), bár egyes kutatások ezt nem támasztották alá (Mitchell és mtsai, 2002). A szorongásos zavarok közül fontos kiemelni a kényszerbetegséget, amely igen gyakran jár együtt a kényszeres vásárlással. Ezt nemcsak a diagnosztikus kritériumok teljesülése mentén tapasztalták (pl. Lejoyeux, Bailly, Moula, Loi és Ades, 2005; Mueller és mtsai, 2007), hanem a papír-ceruza alapú, kényszeres vonásokat mérő teszteken elért magasabb pontszámok is igazolták (Christenson és mtsai, 1994; Frost és mtsai, 1998; Frost, Steketee és Williams, 2002). A kényszeresség kiemelt szerepe a zavar kényszeres gyűjtögetéssel való kapcsolatában is tetten érhető. A két probléma szoros együttjárása (Frost és mtsai, 1998;

Frost és mtsai, 2002; Mueller és mtsai, 2007) mellett kiderült, hogy azoknak a pácienseknek, akik nemcsak kényszeres vásárlásban, hanem kényszeres gyűjtögetésben is szenvednek, más pszichiátriai zavarokkal, például depresszióval és alkoholfüggőséggel is gyakrabban együtt kell élniük (Lejoyeux és mtsai, 2005). A függőségeket tekintve leginkább az alkohollal, benzodiazepin típusú gyógyszerekkel és a nikotinnal kapcsolatban alakul ki dependencia, emellett jellemző a személyekre, hogy legalább két különböző pszichoaktív-szer-függőség is megjelenik (Lejoyeux, Tassain, Solomon és Ades, 1997). A francia munkacsoport továbbá a szuicid késztetések gyakoribb megjelenését is észlelték a kényszeres vásárlók körében (Lejoyeux és mtsai, 1999). A személyiségzavarok is gyakrabban jelennek meg ebben a populációban, mint a normális vásárlási szokásokkal jellemezhető személyek között. Schlosser és munkatársai (1994) azt találták, hogy a vásárlásfüggő személyek közel 60%-ánál legalább egy személyiségzavar diagnosztizálható. A leggyakoribb a kényszeres személyiségzavar (22%), amit a borderline és az elkerülő személyiségzavarok (15–15%) követnek. A viselkedési addikciók közül érdemes kiemelni a kóros játékszenvedélyt, amely a kényszeres vásárlással pozitív együttjárást mutat (Tavares, Sabbatini, Lobo, Fuentes és Black, 2008).

#### 2.8.5 A betegség lefolyása

A kényszeres vásárlást krónikus zavarnak tekintjük (O'Guinn és Faber, 1989), azonban előfordul, hogy a betegség csupán epizodikusan jelentkezik. Schlosser és munkatársainak (1994) eredményei szerint a megkérdezett kényszeres vásárlók 59%-a folyamatosan fennálló problémáról számolt be, 41%-uk viszont időszakonként megjelenő, epizodikus jellegűként éli meg a zavart. McElroy és munkatársai (1994) a krónikus jelleg előfordulását hasonlóan találták (60%), ugyanakkor az ő vizsgálatukban csupán 8% számolt be arról, hogy a kompulzív vásárlás időszakosan van jelen az életében.

A kényszeres vásárlás epizódja kapcsán Black (2007) az alábbi szakaszokat különítette el. A személyt először *várakozás*, *anticipáció* jellemzi, miközben megjelennek fejében a vásárlással, pénzköltéssel kapcsolatos gondolatok, vágyak, aggodalmak. Ezt az *előkészületek* követik, amikor a személy már gondolatban felkészül a vásárlásra, elképzei, hogy mit fog vásárolni, mit visel majd vásárlás közben, milyen hitelkártyát fog használni stb. A harmadik szakasz maga a *vásárlás*, amelyre egy felfokozott, izgatott állapot jellemző, a páciensek közül többen a szexuális izgatottsággal rokon állapotként jellemzik ezt. Végül, a negyedik szakasz a *költés*, amellyel szorosan összekapcsolódik a levertség, önmagában való csalódás és a bűntudat élménye. Black (2007) nem az első szerző volt, aki ezen főbb szakaszok mentén írta le a kényszeres vásárlás egy epizódját. A legtöbb szerző egyetért abban, hogy a zavar egy jellegzetes dinamikát követ (pl. Christenson és mtsai, 1994; Faber és O'Guinn, 1992; Miltenberger és mtsai, 2003), és e helyütt érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy ez a dinamika gyakorlatilag megfelel annak, amelyet más impulzuskontroll-zavarok, illetve kémiai és viselkedési függőségek esetén tapasztalhatunk. Nevezetesen, a személyre először egy szorongásos állapot jellemző, amelynek során egyre erősebbé válik a vágy az adott cselekvés (ez esetben a vásárlás) végrehajtására. A negatív érzelmek kiváltói az adott cselekedetnek – a személy azt éli meg, hogy a kívánt cselekvés csökkenteni képes belső feszültségeit, szomorúságát, dühét, magányosságát, megbántottságát stb. Ezt követi a



cselekvés (ez esetben a vásárlás) szakasza, amikor a személyben átmenetileg csökken a belső feszültség, emellett kellemes érzelmeket, boldogságot és energiát él át, megkönnyebbül. Ezt a szakaszt a kontrollvesztés jellemzi, a személy nem tud megálljt parancsolni vásárlásának, a következmények figyelembevétele nélkül megveszi azt, amire az adott pillanatban vágyik. A folyamat legvége ismét a negatív érzelmi állapotok eluralkodása, hiszen a cselekvés egyrészt csupán átmenetileg tudott kielégülés-élményt kiváltani, másrészt a személy a felelőtlen vásárlás miatt büntudatot, önvádat él meg, visszatér a levertség, a depresszió, így egy öngerjesztő körként fennmarad a kóros folyamat. Fentebb már többször kitértünk arra, hogy a kényszeres vásárlás szoros kapcsolatban van a kényszerbetegséggel. Szintén érdemes ezt a kapcsolatot kihangsúlyoznunk, ugyanis ahogy a kényszeres vásárlásra, úgy a kényszerbetegségre is jellemző, hogy egy adott cselekvési forma avégett alakul ki, válik rendszeressé, hogy a személy úgy véli, az által csökkentheti belső feszültségét, szorongásait (Frost és mtsai, 1998). A kényszeres és az impulzív jegyek tehát jól tetten érhetők a kényszeres vásárlás epizódjának szemlélésekor – alátámasztva ezzel a zavar obszesszív-impulzív spektrumon való megjelenítését (Hollander és Wong, 1995).

#### 2.8.6 A betegség következményei

A kontrollálatlan, kényszeres vásárlás finanszírozása komoly anyagi problémákhoz, adósságok felhalmozásához, csődhez vagy akár illegális cselekedetekhez is vezethet. Több kutatás is beszámolt arról, hogy a kényszeres vásárlók jóval gyakrabban használják hitelkártyáikat, mint a nem problémás vásárlók (Koran és mtsai, 2006; O'Guinn és Faber, 1989), illetve több hitelkártyával is rendelkeznek (O'Guinn és Faber, 1989). Ez különösen veszélyes lehet, ha – amint azt a fent említett epidemiológiai vizsgálatokból (pl. Koran és mtsai, 2006) láttuk – a személynek amúgy is alacsonyabb a jövedelme, s ezáltal többnyire hitelre tud csak vásárolni. A finansziális nehézségek és a törvénnyel való esetleges szembekerülés természetesen negatív hatással van a személy társas kapcsolataira is, ahogy munkahelyi és egyéb fontos tevékenységeit is károsítja (McElroy és mtsai, 1994). Pszichés problémáit, depresszióját, szorongásait nem tudja kényszeres vásárlásával csökkenteni, hanem ahogy fentebb leírtuk, azokat inkább fenntartja, erősíti. Ebben nagy szerepet játszik az erős büntudat, amit az újabb és újabb felesleges tárgyak megvásárlása és a rengeteg pénz elköltése okoz (Dell'Osso, Allen, Altamura, Buoli és Hollander, 2008). Ezen negatív érzelmi állapotok és pszichés problémák pedig tovább rontják a személy alkalmazkodását a hétköznapi élet körülményeihez.

#### 2.8.7 Etiológia

A kényszeres vásárlás kialakulásában genetikai, nevelési, személyiségbeli és társadalmi tényezők egyaránt szerepet játszanak. A zavarban szenvedők családtagjainak körében gyakoriak a pszichiátriai problémák. McElroy és munkatársai (1994) azt találták, hogy 18 kényszeres vásárló közül 17 személynek volt legalább egy olyan elsőfokú rokona, akinek volt már valaha depressziós epizódja, míg alkohol- vagy drogfüggőség 11 személy



rokonságában jelentkezett. Black és munkatársai (1998) is arról számoltak be, hogy a kompulzív vásárlók felmenői körében szignifikánsan gyakrabban fordul elő major depresszió, alkoholizmus és drogabúzus, továbbá arra is rámutattak, hogy a vásárlásfüggő személyek rokonai között gyakoribb az egynél több pszichiátriai zavar együttes jelenléte. Egy további kutatás pedig a szorongásos zavarok magas előfordulását találta kényszeres vásárlók családtagjai körében (Frost és mtsai, 2002). Mindezen családi vizsgálatok megerősíteni látszanak a genetikai tényezők szerepét a betegség kialakulásában. (Devor, Magee, Dill-Devor, Gabel és Black, 1999) e tekintetben a *szerootonin* rendszer érintettségét igazolták, s e rendszer deficites működését támasztják alá azok az eredmények is, amelyek szerint a szelektív szerotoninviszavétel-gátló gyógyszerek (SSRI) hatékonyak lehetnek a probléma kezelésében (pl. McElroy és mtsai, 1994; McElroy, Satlin, Pope, Keck és Hudson, 1991).

A szorongásos és depresszív tendenciák mellett legtöbbször az *alacsony önértékelés* szerepét emelik ki (d'Astous, 1990; DeSarbo és Edwards, 1996; Elliott, 1994; O'Guinn és Faber, 1989; Yurchisin és Johnson, 2004). Az analitikus megközelítés ennek kapcsán kora gyermekkori narcisztikus sérülést, a szignifikáns személyek érzelmi elérhetetlenségének élményét azonosítja, így ezen szemlélet keretében a kényszeres vásárlás a széttöredezett szelf-érzetének korrekciójára, a szelf-tárgy kapcsolat egyensúlyának megteremtésére és a belső üresség érzetének csökkentésére alakul ki (Goldman, 2000; Krueger, 1988, 2000). Más analitikus szerzők (illetve kutatások) a korai szexuális abúzus lehetséges szerepét vélik felfedezni a betegség kialakulásában (DeSarbo és Edwards, 1996; Edwards, 1992). A vásárlás révén a személy megpróbálja újrateremteni és megerősíteni testhatárait, énhatárait, továbbá külső tárgyak kontrollálása révén igyekszik önmagát vonzóbbá tenni (Krueger, 2000). Az alacsony önértékelés abban is tetten érhető, hogy igen nagy diszkrépancia mutatkozik a kényszeres vásárló személyek ideális és aktuális énképének megjelenítésében (Dittmar, 2000; Dittmar, Beattie és Friese, 1996). Az alacsony önértékelés gyakran a testképpel, testsúllyal kapcsolatban jelenik meg (Faber, 2000), hozzájárulva ezzel a betegség evészavarokkal való szoros együttjárásához (lásd pl. Black és mtsai, 1998). Az énkép alakításában a megvásárolt tárgyaknak szimbolikus, énkiterjesztő szerepe lehet. Az énkiterjesztés jelensége kapcsán Sartre (1943/2006) alapvetően annak három különböző formáját írja le: 1. tárgyak birtoklását, és ezáltal azok kontrollálását; 2. tárgyak létrehozását, megalkotását; illetve 3. tárgyak „megismerését annak bibliai értelmében” (azaz szexuális kapcsolatba lépni vele). Belk (2000) úgy véli, mindehhez lehetne hozzátenni a negyedik énkiterjesztési formát, a vásárlást.

A vásárlás során a személy folyamatosan *pénzzel* kerül kapcsolatba. Több vizsgálat is rámutatott arra, hogy a kényszeres vásárlók magasabb pontszámot érnek el a materializmus skálán, a materialista értékek fontosabbak számukra (DeSarbo és Edwards, 1996; Dittmar, 2000; Dittmar és mtsai, 1996; O'Guinn és Faber, 1989; Yurchisin és Johnson, 2004). A pénz a hatalom szimbóluma, a kényszeres vásárló abban az illúzióban él, hogy pénz által biztonságot, kontrollérzetet, társas kapcsolatokat, boldogságot teremthet önmaga számára. A hitelkártyák pedig különösen nagyban segédkeznek abban, hogy a személy azonnal elérhető módon megteremtse magának azokat a tárgyi javakat, amelyek számára a biztonság és a hatalom illúzióját keltik (Boundy, 2000). A pénz által elért materiális javaknak továbbá két fontos funkciója van: egyik egy érzelmi szerep a tárgyval való identifikáción keresztül, a másik pedig egy társas szerep azáltal, hogy a tárgyak segítségével kommunikáljuk, kik vagyunk (Franzen és Bouwman, 2001). A pénz

szimbolikus jelentősége mellett fontos kiemelni a *ruhák* szimbolikus szerepeit – ugyanis a kényszeres vásárlók, ahogy fentebb említettük, leggyakrabban ruhákat vásárolnak maguknak (pl. Christenson és mtsai, 1994). A ruháknak mindenképpen jelentős szerepe van a testhatárok, énhatárok jelölése és megerősítése szempontjából. A ruhák viselése az énkiterjesztés egyik legnyilvánvalóbb eszköze: olyannyira eggyé válik testünkkel, énünkkel, hogy álmainkban, fantáziáinkban is mindig szerepel. A ruhák a fizikai védelem mellett oltalmat nyújtanak morális veszélyekkel szemben is (erkölcstelenség). Szexuális szerepe sem elhanyagolható: az egyediség hangsúlyozása mellett fontos szerepe van a titokzatosság megteremtésében, továbbá autoerotikus aspektusai is lényegesek. Ruhadarabjaink nem utolsósorban pedig kifejezhetik különböző csoportokhoz, szubkultúrákhoz való tartozásunkat is (különösen fontos mindez a serdülőkorban) (Golden, 2000).

DeSarbo és Edwards (1996) az alacsony önértékelés mellett az alábbi pszichés tényezőket azonosította a kényszeres vásárlás hátterében: *magas szorongás, perfekcionizmus, élénk fantáziatevékenység, magas impulzivitás és izgalomkeresés, általános kényszeresség, dependencia, magas igény a megerősítésekre, külső kontrollhely és depresszió*. A fantáziálásra való hajlam az elkerülő megküzdési tendenciákra utal, és DeSarbo és Edwards mellett több szerző is leírta a kényszeres vásárlás kapcsán (Edwards, 1992; Goldman, 2000; O’Guinn és Faber, 1989). Szintén több szerző által is kiemelt tényező a perfekcionizmus (Dittmar és mtsai, 1996; Kyrios, Frost és Steketee, 2004), amely a kényszeres vásárlás kényszerbetegséggel és az evészavarokkal való szoros kapcsolatát támasztja alá. Utóbbi betegségek esetében ugyanis szintén jól tetten érhető ez a probléma (Csigó és mtsai, 2010; Túry, 2010). Az alacsony önértékelés és a perfekcionizmus igen gyakran együtt járnak, s egyenes következményük, hogy a személy szomjazik mások figyelmére és megerősítésére, képtelen önálló döntéseket hozni és függ mások visszajelzéseitől (Faber, 2000; Goldman, 2000; Kyrios és mtsai, 2004). A vásárlás során a személy figyelmet kap az eladótól, emellett szép és divatos ruháival, kiegészítőivel, modern elektronikai eszközeivel más személyek figyelmét és elismerését is kiválthatja (O’Guinn és Faber, 1989). Az evészavarokkal – és ahogy fentebb már említettük, az alkohol- és drogfüggőséggel – való szoros kapcsolat hátterében továbbá közös jellemző az érzelmi labilitás és az érzelemszabályozási problémák (Barth, 2000; Goldman, 2000; Mitchell és mtsai, 2002). Természetesen az impulzivitás szerepét is számos szerző kiemelte (Billieux, Rochat, Rebetez és Van der Linden, 2008; DeSarbo és Edwards, 1996; Mueller és mtsai, 2007), azon belül pedig különösen a *sürgősség* faktor mutat szoros kapcsolatot a kényszeres vásárlással. Az öt nagy személyiségvonás (Big Five) közül úgy tűnik, a lelkiismeretességnek lehet – fordított – kapcsolata a kényszeres vásárlással (C. C. Wang és Yang, 2008).

A szülői nevelői attitűdöket vizsgálva megmutatkozik, hogy a betegek többségét gyermekkorában szüleik úgy jutalmazták „jó viselkedésükért”, „jóságukért”, hogy vásároltak számukra valamit. Ezen személyek szülei általában nagyobb gyakorisággal használták a pénzt jutalmazási eszközként, mint például a verbális megerősítést. Felnőttkorában a személy hasonló módon jár el, saját magának vásárolt ajándékokkal próbálja megerősíteni önmagát (Boundy, 2000; DeSarbo és Edwards, 1996; Faber, 2000; Faber és O’Guinn, 1989).

## 2.9 A viselkedési addikciók egységes szemlélete mellett szóló eddigi eredmények

A fentiek során, néhány, a viselkedési addikciók integratív szemléletet támogató elmélet bemutatását követően a disszertáció fókuszát képező hat függőségi jelenség főbb jellemzőit foglaltam össze. Nem minden aspektusra tértem ki ezekben az összefoglalókban; kifejezetten foglalkoztam azonban a tünettani leírásokkal, s ahol rendelkezésre álltak, ott a tipológiai megközelítésekkel. Minden esetben kitértem az elérhető mérőeszközök bemutatására. Tettem ezt azért, mert egyrészt a disszertáció empirikus részének domináns hányada maga is mérőeszközök kialakítását és adaptációját mutatja be, másrészt azért is, mert egy mérőeszköz mindig túlmutat önmagán, hiszen elsődlegesen a mért jelenség struktúráját, s ily módon tüneti szerveződését tárja fel és mutatja be. Szintén kitértem az epidemiológiai jellemzőkre, s ezekhez kapcsolódóan a komorbiditási, majd értelemszerűen az etiológiai eredményekre. Utóbbi két területtel röviden külön foglalkozom az alábbiakban, áttekintve az egyes jelenségek közötti hasonlóságokat.

Az egyes jelenségek fenomenológiai hasonlósága jól körvonalazódik a fenti fejezetek nyomán. Ha tüneti leírásokkal foglalkozó fejezeteket egymás után tennénk, különösen szembeötlőek lennének hasonlóságok a tüneti képben. Számos szerző utal például a kóros szerencsejáték és az *addikciók* hasonlóságára, s a játékszenvedélyt ennek nyomán inkább addikciónak, mint impulzuskontroll-zavarnak tekinti. Ez a szemlélet jelenik majd meg a DSM új, ötödik kiadásában is (Holden, 2010). Jacobs (1986), közel harminc évvel ezelőtt, az addikciók (beleértve a játékszenvedélyt is) általános elméletét kidolgozva egy *közös disszociatív jelenséget* feltételezett, amely a pszichés distressztől való menekülést teszi lehetővé. Az addiktív szer vagy aktivitás révén a szenvedélybeteg disszociatív állapotba kerül, így határolva el magát a kínos, fájdalmas valóságtól. Ez a feltételezés rokon a Khantzian nevével fémjelzett szelf-medikációs hipotézissel (Khantzian, 1985, 1997, 1999; Khantzian, Mack és Schatzberg, 1974), illetve Wurmser (1974, 1995) azon elképzelésével, hogy a kémiai szerek használata elsődlegesen egyfajta megküzdésként szolgál, s ily módon az elviselhetetlen belső feszültségek és szenvedések kivédését, az ezektől való megszabadulást szolgálja (Demetrovics, 2007b, 2010b; Iszaj és Demetrovics, 2011). Ez a mechanizmus ugyanakkor pontosan tetten érhető a nem kémiai addikciókban is (Demetrovics, 2011), illetve rokon Griffiths (2005a) *hangulatmódosítás* komponensével is. Bár ez a disszociatív elem meglehetősen kevés direkt figyelmet kap a kutatásokban, valójában fontos összetevője lehet a kémiai és viselkedési addikcióknak egyaránt.

Ezen disszociatív jellemző mellett, a már említett impulzuskontroll-zavar jelleg, a kényszeresség, a jelenségek krónikus és ciklikus lefolyása, a gyakori visszaesés mind-mind olyan jellemzők, amelyek visszatérő karakterisztikumai az egyes viselkedési addikciós jelenségeknek és a kémiai addikcióknak egyaránt. A fent tárgyalt zavarok emellett – a kényszerbetegség kivételével – ego-szinten módon jelentkeznek; még, ha ez csökken is a probléma előrehaladtával (Potenza, Koran és Pallanti, 2009), továbbá jellemzi őket a tolerancia és a megvonás csakúgy, mint a negatív pénzügyi, család, szociális és foglalkozásbeli következmények (Grant, Potenza, Weinstein és Gorelick, 2010), ahogy az a fenti fejezetek is jól érzékeltették.

A tüneti képen túl, az *epidemiológiai és komorbiditás* adatok szintén erősítik a viselkedési addikciók integratív szemléletet. Mint arra Grant és munkatársai (2010) is rámutatnak a legtöbb viselkedési addikció és a kémiai függőségek közös jellemzője a korai, serdülőkori indulás, s ebben az életkorban, illetve a fiatal felnőtt populációban a

legmagasabb ezen zavarok prevalenciája. A komorbiditás-kutatások, mint láttuk a fenti fejezetekben elsősorban a hangulatzavarokkal, a szorongásos zavarokkal és a kémiai addikciókkal való magas együttjárást emelik ki a tárgyalt viselkedési addikciók esetében, s emellett rámutatnak, hogy szintén gyakori a különböző viselkedési addikciók együttjárása. A kémiai addikciók életprevalencia-értéke az egyes viselkedési addikciók esetében 21% és 64% között alakul a különböző kutatások szerint (Grant és mtsai, 2010). Andreassen és munkatársai (2013) friss vizsgálatukban magas korrelációt találtak hét különböző viselkedési addikció között; míg a háttérben meglévő személyiségdimenziókat illetően közös és eltérő jegyeket is kimutatnak. Hasonlóképp, Walther, Morgenstern és Hanewinkel (2012) a kémiaiszor-használat, a problémás szerencsejáték és a problémás videojáték között találtak együttjárást, a háttérdimenziókat tekintve pedig az impulzivitás azonosították, mint valamennyi zavar esetében meglévő közös hatótényezőt.

A magas együttjárások és a közös pszichológiai háttérmechanizmusok nyomán felmerül, hogy az egyes zavarok hátterében hasonló neurobiológiai mechanizmusok állnak (Potenza, 2008). Mint láttuk a 2.1.2. fejezetben Blum és munkatársai pontosan ezt vetik föl jutalomhiányos tünetegyüttes szindróma keretében, amely a jutalmazó központ, s ezzel összefüggésben a dopaminerg rendszer érintettségét feltételezi. A középagyi dopaminrendszer szerepe mára valóban egyértelmű nem csak a kémiai, de számos viselkedési addikció esetében is (Blum, Chen és mtsai, 2012; Volkow, Wang, Fowler, Tomasi és Telang, 2011; Wise, 2009; Wise és Rompre, 1989); lévén ez a rendszer közvetíti a természetes és mesterséges jutalmak keltette örömeztetet egyaránt (Demetrovics, 2010a). Ezen rendszerrel összefüggésben ma már a közös genetikai háttérre vonatkozóan is egyre több adat áll rendelkezésre (Blum és mtsai, 2011). Kurrens szisztematikus irodalomáttekintésünk is azt jelzi például, hogy a problémás és patológiás szerencsejáték esetében lényegében ugyanazok – a dominánsan dopamin rendszerrel kapcsolatos – genetikai tényezők szerepe látszik bizonyítottnak, mint amelyeket korábban a kémiai addikciók vonatkozásában tártak fel a kutatások (Gyollai és mtsai, 2012). A Vietnam Era Twin Registry kutatási adatok elemzése (Slutske és mtsai, 2000) például egyértelműen jelzi a patológiás játékszenvedély és az alkoholizmus közös genetikai kockázatát. Ezek mellett azonban számos adat szól – elsősorban az impulzivitással összefüggésben – a szerotonerg rendszer érintettsége mellett is (Hollander, Kwon és mtsai, 1998), mint ahogyan a noradrenerg, az opioid, sőt újabb kutatások szerint a kannabinoid rendszer (Fattore, Melis, Fadda, Pistis és Fratta, 2010) is involvált lehet a különböző addiktív magatartásokban (Brewer és Potenza, 2008).

Agyi képkalkotó eljárásokkal végzett vizsgálatok hasonló következtetésekhez vezethetnek. A problémás online játék használat például ugyanazokat az agyi területeket aktivizálja, mint amelyek a kémiai függőségek vagy a kóros játékszenvedély esetén is megfigyelhetők. Az eredmények alapján úgy tűnik, hogy a problémás online játék használat és a pszichoaktív szer-függőség, valamint a kóros szerencsejátékozás esetén érzett kényszerű vágyakozás hátterében ugyanazok a neurobiológiai folyamatok állnak (Han és mtsai, 2011; Kim, Han, Lee, Kim és Renshaw, 2012; Ko, Liu és mtsai, 2009).

A fenomenológiai, genetikai, neurobiológiai és komorbiditás adatok mellett, illetve azokat kiegészítendő a farmakoterápiás eredmények szintén hasonló következtetések levonását eredményezik, amennyiben – s ez persze nem meglepő a fenti közös neurobiológiai mechanizmusok ismeretében – hasonló farmakoterápiás beavatkozások ígérkeznek sikeresnek a különböző addiktív jelenségek esetében. Bár a viselkedési addikciók esetében nincs általánosan elfogadott farmakoterápiás kezelés, a kémiai addikciók

kezelésében bevált eljárások gyakran ezek esetében is eredményesek. Ily módon több viselkedési addikció esetében is sikereket értek el a mű opioid receptor antagonistá naltrexone alkalmazásával (Grant és mtsai, 2010), míg mások a szelektív szerotoninvisszavétel-gátló gyógyszerek (SSRI) sikeres alkalmazásának lehetőségét vetik fel (pl. Hollander, 1998; Hollander, DeCaria és mtsai, 1998; McElroy és mtsai, 1994; McElroy és mtsai, 1991).

## 2.10 Következtetések és célkitűzések

A fentiek alapján az addikciók integratív szemlélete sok szempontból megalapozottnak látszik. Valójában azonban, bár az elmúlt években viszonylagosan sok adat halmozódott fel, amely ezen megközelítés mellett szól, a direkt empirikus kutatások száma csekély, néhány jelenségre – elsősorban a szerencsejáték problémára – korlátozódik, s időnként ezek módszertani megalapozottsága is hiányt szenved. Azon kutatások száma továbbá, amely több viselkedési addikciót vizsgált volna egyazon értelmezési kereten belül, igen limitált.

Mint láttuk fentebb, például a különböző viselkedési addikciókként értelmezhető jelenségek, klinikai leírások alapján számos hasonló tüneti jellemzővel rendelkeznek. A probléma azonban pont az, hogy ezek a leírások többnyire klinikai megfigyeléseken, s nem empirikus kutatásokon alapulnak. Ehhez kapcsolódóan adódik a probléma a mérőeszközökkel is, hiszen ezek többségükben teoretikus kiindulásúak, azaz azokat a dimenziókat tartalmazzák, amelyeket az előzetes koncepciók alapján a kutatók relevánsnak tartottak. Tekintve, hogy a kiindulópontot többnyire a pszichoaktív szer-dependencia vagy a patológiás szerencsejáték, mint a DSM-ben is leírt betegségek jelentik, így csak részben megerősítő érvényű, ha az eredmények valóban visszaigazolják ezen dimenziók létezését. A disszertáció empirikus részében ezzel összhangban két, viszonylagosan új jelenség, így az *internetfüggőség* és az *online játék függőség* esetében olyan megközelítést mutatok be ezen zavarok karakterisztikumának feltárásában, amely tisztán empirikus kiindulású, azaz minden előzetes prekonceptiótól mentesen tárja fel ezen jelenségek dimenzióit, s alakít ki ezek mentén mérőeszközöket. Teszem ezt elsősorban azért, mivel ezen két jelenség esetében egyáltalán nem áll rendelkezésre olyan, prekonceptiótól mentes mérőeszköz, amelynek validitását korábbi kutatások igazolták volna. Mivel a többi vizsgálandó zavar esetében megalapozottabb mérőeszközök állnak rendelkezésre a nemzetközi szakirodalomban, így ezek esetében nem új mérőeszközök kialakítása a cél, a jelenségek dimenzióinak elemzése azonban ezekben az esetekben is elengedhetetlen feladat.

A disszertáció empirikus része domináns módon tehát mérőeszközök kialakításával és adaptálásával, s ennek révén a tüneti kompozíció feltárásával foglalkozik. Emellett azonban néhány olyan elemzést is bemutatok – elsősorban terjedelmi korlátok miatt e helyütt a két kiemelten kezelt terület az internetfüggőség és az online játszás vonatkozásában –, amelyek ezek egyéb tüneti képekkel, illetve személyiségdimenziókkal való kapcsolatát tárják fel. Ezen elemzések azért kerültek be a disszertációba, mert szintén abba a gondolati szálba illeszkednek, amely a különböző addikciók hasonló természetét támasztják alá. Végezetül, az elemzések sorát az obszesszív-kompulzív spektrum hipotézis (Hollander és Wong, 1995) újragondolását lehetővé tevő, az impulzivitás és a kompulzivitás dimenzióit kiemelten, ám Hollandertől eltérő módon kezelő elemzéssel zárom majd.

### 3 MÓDSZER

A disszertációban összesen kilenc vizsgálat, illetve adatfelvétel elemzéseire és eredményeire támaszkodom. Ezeket az alábbiakban kronológiai sorrendben mutatom be. Ebben a fejezetben ismertetem valamennyi a disszertációban felhasznált kutatás módszerét; beleértve az adatfelvétel körülményeit, a mintavételi eljárást, a kapott minta főbb jellemzőit<sup>3</sup>, valamint az alkalmazott eszközök bemutatását. Az áttekinthetőség kedvéért az egyes minták főbb paramétereit a 3–1. táblázatban is összefoglalom. Amelyik kutatás esetében a kutatásvezető más volt, az ő személyét lábjegyzetben tüntetem fel, csakúgy, mint a kutatás finanszírozóit, támogatóit, s a további résztvevőket.

Az egyes kutatások nagyon különböző volumenűek voltak, s ezzel összhangban bemutatásuk volumene is eltéréseket mutat. A bemutatásra kerülő elemzésekben több helyen is központi helyet foglal el az a két országos reprezentatív kutatás (III. és VII. vizsgálat), amelyekbe társkutatóként kapcsolódtam be. Ezek, egyrészt volumenüknél fogva, másrészt a disszertációban bemutatott elemzésekben betöltött jelentősebb szerepük miatt is részletes bemutatást igényelnek. Ezen két kutatás módszertana eredendően összetettebb, mint a többi kutatásé, s jelentőségük abban is kiemelkedik, hogy reprezentativitásuknál fogva az ezekből nyert adatok hazai és nemzetközi viszonylatban is több területen egyedülállóak. Ezen két kutatást tehát nagyobb részletességgel ismertetem. A többi bemutatásra kerülő kutatás között is van olyan, amelyik központibb helyet foglal el a későbbi elemzésekben, vagy módszertana ettől függetlenül is akár részletesebb bemutatást igényel, de bekerült olyan adatfelvétel is (II. vizsgálat), amely lényegében egyetlen elemzéshez nyújtott adatot, s viszonylagosan egyszerű módszertana szinte néhány mondatban is ismertethető.

Egy további sajátosságát is ki kell emelnem a Módszer fejezetnek. Az eszközök bemutatásánál néhány, általunk kialakított eszköz visszatérően alkalmazásra került a kutatásokban. Közülük ráadásul több olyan is van, amelyik kialakítására valamelyik korábbi vizsgálatban került sor, s aztán későbbi kutatásokban ismételten alkalmaztuk. Ezeket az eszközöket azonban, lévén az Eredmények fejezetben, a kialakítás okán igen részletesen kerülnek ismertetésre, a Módszer fejezetben csak említészerűen mutatom be. Több kérdőív ugyanakkor ismétlődően alkalmazásra került az egyes kutatásokban. Ezeket az első alkalommal részletesen, később azonban már csak említészerűen, utalva az első bemutatás helyére említem meg.

---

<sup>3</sup> Bár a kapott (elért) minta jellemzőit hagyományosan inkább az Eredmények részben szokás bemutatni, jelen disszertációban, az eredmények célzottabb ismertetésének okán ettől eltértek. Egy-egy vizsgálatra ugyanis az Eredmények részben majd több helyen is visszatérek, mivel az eredményeket nem kizárólagosan a kutatások szerint strukturálom. Emiatt azonban fontos, hogy valamennyi, az adott kutatással kapcsolatos alapvető adat már előzetesen ismert, illetve egy helyen elérhető, visszakereshető legyen. Ugyanezen okból, de szintén a konvencióktól némiképp eltérő módon, ahol ez szükséges, ott a módszer fejezetben közlöm a mintával kapcsolatos táblázatokat is.

3–1. táblázat A disszertációban bemutatásra kerülő kutatások listája és főbb jellemzői

Vizsgálat sorszáma	Vizsgálat elnevezése	Adatfelvétele időpontja	Vizsgált jelenség	Mintavételi eljárás	Elemszám	Vizsgált életkori sáv
<b>I. vizsgálat</b>	Online adatfelvétel a problémás internethasználat jelenségéről	2000–2002	problémás internethasználat	online, hozzáférhetőségi	1037 fő	9–69 év
<b>II. vizsgálat</b>	Középiskolás adatfelvétel a problémás internethasználat jelenségéről	2002	problémás internethasználat	iskolai vizsgálat, hozzáférhetőségi	438 fő	15–17 év
<b>III. vizsgálat</b>	Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP)	2007	szerencsejáték, internet-használat, munkafüggőség, testedzésfüggőség, vásárlási kényszer	országos reprezentatív minta	2710 fő	18–64 év
<b>IV. vizsgálat</b>	Speciális populációs adatfelvétel az online számítógépes játékokról	2009	online játékok	online, hozzáférhetőségi	4390 fő	14–54 év
<b>V. vizsgálat</b>	Speciális populációs adatfelvétel a testedzésfüggőségről	2010	testedzésfüggőség	szisztematikus adatfelvétel	2823 fő	18–61 év
<b>VI. vizsgálat</b>	Speciális populációs adatfelvétel a problémás szerencsejátékról	2010/2011	szerencsejáték	szisztematikus adatfelvétel	777 fő	18–88 év
<b>VII. vizsgálat</b>	ESPAD 2011 (Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól)	2011	szerencsejáték, internethasználat, online játékok, munkafüggőség, vásárlási kényszer	országos reprezentatív középiskolás minta	7376 fő	14–23 év (8–10. osztály)
<b>VIII. vizsgálat</b>	A Problémás Internethasználat Kérdőív kínai validálása	2011	problémás internethasználat	egyetemista, hozzáférhetőségi	768 fő	18–30 év
<b>IX. vizsgálat</b>	Speciális populációs adatfelvétel a kényszeres vásárlásról	2012	kényszeres vásárlás	szisztematikus adatfelvétel	1251 fő	18–77 év

### 3.1 I. vizsgálat – Online adatfelvétel a problémás internethasználat jelenségéről

Az első bemutatásra kerülő kutatás<sup>4</sup> 2000-2002-ben készült online adatfelvételi módszerrel. A kutatás elsődleges célja egy, a problémás internethasználatot mérő kérdőív kialakítása, illetve a problémás internethasználat főbb jellemzőinek feltárása volt (Demetrovics és mtsai, 2004; Nyikos és mtsai, 2001).

#### 3.1.1 Minta és eljárás

Az adatfelvétel az interneten keresztül történt, egy speciálisan ehhez a kutatáshoz létrehozott felületen. A kérdőív kitöltésére népszerű fórumokon helyeztünk el felhívást. A résztvevőket informáltuk a kutatás céljáról, s az online felületen keresztül tudtak beleegyezni a kutatásba, majd kitölteni a kérdőívet. Cronk és West (2002) eredményei szerint az interneten történő adatfelvétel a válaszolási arányt igen, de az eredményeket nem befolyásolja a papír-ceruza módszerrel összehasonlításban, így ez az eljárás, a vizsgálat speciális jellegét figyelembe véve mindenképp reálisnak tűnt, különösen abban az időszakban, amikor az internetes penetráció még viszonylagosan alacsony volt hazánkban.

Összesen 1064 fő töltötte ki a kérdőívet, amelyből azonban 27 személy adatait kizártuk a magas arányú (10%-ot meghaladó) válaszhiány, illetve inkonzisztencia miatt, így összesen 1037 fő adata került elemzésre.

#### 3.1.2 Eszközök

*Szociodemográfiai kérdések.* A személyek nemére, életkorára, párkapcsolatára, lakhelyére, iskolai végzettségére stb. vonatkozóan 8 kérdést tettünk fel.

*Számítógép- és internethasználati jellemzők.* 25 kérdésben kérdeztünk rá a személyek számítógép- és internethasználati szokásaira, jellemzőire.

*Internethasználattal kapcsolatos problémák.* Korábbi vizsgálatunk során (Nyikos és mtsai, 2001), a problémás internethasználat mérésére egy 30-tételes kérdőívet állítottunk össze (*Internetfüggőség Kérdőív*). A kérdőív részben Young (1998a, 1998b) Internet Addiction Test (IAT) elnevezésű kérdőívének tételeit, illetve azok módosított változatát tartalmazta (első 20 tétel). Kiegészítésül azonban a szakirodalom áttekintése és a problémás internethasználatra vonatkozó tünetek kigyűjtése alapján további 10 tételt adtunk hozzá az előző 20 tételhez. A kiegészítésekre azért is szükség volt, mert mint azt az IAT-on elvégzett elemzések (Widyanto és McMurran, 2004) jelezték, hogy egyrészt nem minden feltételezett területet fedtek le megfelelően az IAT eredeti tételei, másrészt a pszichometriai mutatók sem bizonyultak kielégítőnek. A problémás internethasználatról, az IAT megszületése óta felhalmozódott leírások is indokolták a kérdőív kiegészítését, módosítását. A személyeknek

<sup>4</sup> A kutatást az Ifjúsági és Sportminisztérium KAB-KT-02-13 kódú pályázata támogatta. Kutatásvezető Demetrovics Zsolt; a kutatásban közreműködött Nyikos Emese és Koronczi Beatrix.



a 30 tételre vonatkozóan egy 1-től 5-ig terjedő, ötfokú skálán (1 = soha, 2 = ritkán, 3 = időnként, 4 = gyakran, 5 = majdnem mindig/mindig) kellett megítélniük, hogy az adott állítás mennyire igaz rájuk.

**Önértékelés.** Az önértékelést a Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSES) (Rosenberg, 1965) magyar változatával mértük. A skála öt pozitívan és öt negatívan megfogalmazott tételt tartalmaz, amelyeket 4-fokú Likert skálán kell megválaszolni (1 = egyáltalán nem értek egyet, 2 = nem értek egyet, 3 = egyetértek, 4 = teljesen egyetértek). A kérdőív magyar viszonylatban is kitűnő pszichometriai mutatókkal rendelkezik, s az eredetivel megegyező struktúrát mutat (Urbán, Szigeti, Kökönyi és Demetrovics, 2012).

**Szorongás.** A vonás szorongás mérésére Spielberger kérdőívét (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) alkalmaztuk (Sipos, Sipos és Spielberger, 1988; Spielberger, Gorsuch és Lushene, 1970). A választást indokolta a kérdőív széles körű nemzetközi és hazai kutatási céllal történő alkalmazása, s ezen vizsgálatok tanúsága szerint a megfelelő pszichometriai jellemzők (Demetrovics és Kun, 2007; Sipos és mtsai, 1988). A kérdőív 20 tételből áll (köztük 7 fordított tétel található), amelyekkel kapcsolatosan a vizsgálati személynek egy 4-fokozatú Likert skálán azt kell megjelölnie, hogy *általában* mennyire jellemzőek rá (1 = soha, 2 = néha, 3 = gyakran, 4 = mindig).

**Depresszió.** A depressziós tünetek mértékét a Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) kérdőívvel mértük (Radloff, 1977). A CES-D egy rövid, önjellemző, a depresszió mértékét elsősorban a normál populációban mérni hivatott, de ugyanakkor a klinikai szintű problémát is elkülöníteni képes eszköznek készült. A kérdőív 20 tételből áll, amelyek között 4 fordított tétel található. A vizsgálati személynek négyfokú skálán kell jeleznie, hogy az egyes állításokat mennyire tartja igaznak saját magára nézve az elmúlt hétre vonatkozóan (1 = ritkán vagy soha, 2 = néha, 3 = gyakran, 4 = nagyon gyakran vagy mindig). A CES-D a legkülönbözőbb populációkon készült kutatásokban, köztük magyar mintán is, megfelelő validitást és magas megbízhatóságot mutatott (Demetrovics, 2007a; Lewinsohn, Hoberman és Rosenbaum, 1998).

**Testi kinézettel való elégedettség.** A saját testtel és kinézettel való elégedettséget 8 saját alkotású tétellel vizsgáltuk. A tételeket egy 5-fokozatú Likert skálán kellett megítélni (1 = nagyon nem értek egyet, 5 = nagyon egyetértek) aszerint, hogy a kitöltő mennyire találta azt jellemzőnek magára nézve. Az így kialakított kérdőív magas belső konzisztenciát mutatott (Cronbach-alfa=0,809).

### 3.1.3 A minta szociodemográfiai jellemzői

Az 1037 feldolgozott kérdőív alapján a válaszolók 54,1%-a volt férfi. Az átlagéletkor 23,3 év (SD=9,1). A válaszolók többsége, közel háromnegyedük (72%) 14 és 28 év közötti. A nők átlagosan mintegy fél évvel fiatalabbak (23 évesek), mint a férfiak (23,6 év); a különbség azonban nem szignifikáns ( $t=1,127$ ).

A vizsgálati személyek többsége budapesti lakos (44%), és nagyjából ugyanennyien (43,9%) élnek egyéb városokban (megyeszékhelyen vagy más városban). A kérdőívet kitöltők valamivel több mint fele (51,3%) elsődlegesen tanul, míg 43,8% azok aránya, akik elsődlegesen dolgoznak. A semmilyen elfoglaltsággal nem rendelkezők aránya 3,3%. Az iskolai végzettséget tekintve a vizsgálati személyek közel egynegyede (24%) rendelkezik felsőfokú végzettséggel, míg az érettségizettek aránya 43,7%. Közel minden harmadik megkérdezett (32,3%) azonban legfeljebb az általános iskolát fejezte be (3.1–1. táblázat). Ez

azonban többnyire nem az alacsony iskolai végzettséget jelzi, hiszen a se szakmával, se érettségivel nem rendelkezők 96,1%-a nem idősebb 18 évesnél. Lényegesen magasabb, majdnem négyszeres a férfiak aránya a szakmunkások között (7,1%, míg a nők esetében 1,9%).

3.1–1. táblázat A vizsgálati személyek fontosabb szociodemográfiai adatai

	%	Átlag (szórás)
Nem		
férfi	54,1	
nő	45,9	
Életkor		
férfi		23,6 (8,6)
nő		23,0 (9,6)
teljes minta		23,3 (9,1)
Elsődleges elfoglaltság		
tanul	51,3	
dolgozik	43,8	
semmilyen elfoglaltság	3,3	
egyéb	1,6	
Legmagasabb iskolai végzettség		
nincs érettségije	32,3	
érettségizett	43,7	
felsőfokú végzettség	24,0	

### 3.2 II. vizsgálat – Középiskolás adatfelvétel a problémás internethasználat jelenségéről

A második bemutatásra kerülő kutatás<sup>5</sup> célja egyrészt a Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) középiskolás mintán történő validálása volt, másrészt a problémás internethasználat és egyes személyiségjellemzők kapcsolatának vizsgálata (Koronczai és mtsai, 2011; Papp és mtsai, 2003).

#### 3.2.1 Minta és eljárás

Nyolc pécsi gimnáziumot kerestünk meg, s kértünk fel a kutatásban való részvételre. Valamennyi középiskola hozzájárult a részvételhez. Az iskolák oly módon lettek kiválasztva, hogy minél pontosabban reprezentálják a város középiskoláit, mind az elhelyezkedésük, mind a szocioökonómiai környezetük alapján. Valamennyi iskolában egy másodikos és egy harmadikos osztályt vontunk be az adatfelvételbe. Az adatfelvétel minden

<sup>5</sup> Az adatfelvételt Papp Krisztina végezte Kállai János és Demetrovics Zsolt szakmai vezetése mellett (Papp, Demetrovics és Kállai, 2003).

esetben egy-egy iskolai tanóra keretében zajlott, ahol csak az adatfelvételt végző személy volt jelen, tanár nem. A kutatás anonim és önkéntes módon zajlott, a résztvevőket és szüleiket informáltuk a kutatás céljáról. Összesen 457 diák töltötte ki a kérdőívet, azonban 19 személy adatait, 10%-ot meghaladó adathiány miatt, kizártunk az elemzésből. A végső minta, így módon 438 főből állt (195 fiú és 243 lány). A megkérdezettek átlagéletkora 16,02 év (SD=0,69 év; 15–17 év közöttiek).

### 3.2.2 Eszközök

A vizsgálatban a korábbiakban kialakított Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) 18-tételes változatát alkalmaztuk. Szintén felvételre került a Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív (Temperament and Character Inventory; TCI) (Cloninger, Przybeck, Svrakic és Wetzell, 1994; Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic és Przybeck, 1993; Rózsa, Kállai, Osváth és Bánki, 2005). A kérdőív négy temperamentum dimenziót (újdomságkeresés, ártalomkerülés, jutalomfüggőség, kitartás) és három karakter dimenziót (önirányítottság, együttműködés, transzcendencia) mér.

### 3.3 III. vizsgálat – Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP)

A lakosság általános egészségi állapotát feltérképező epidemiológiai felmérések mind a közegészségügy, mind a klinikai gyakorlat számára kiemelt jelentőségűek. A különböző testi és lelki betegségek előfordulási gyakoriságával, rizikótényezőivel, lefolyásával és a prevenciós programok hatékonyságával foglalkozó epidemiológiai kutatások eredményei jól hasznosíthatóak az egészségügyi alap- és klinikai ellátásban, az egészségnevelésben, az egészségpolitikai döntéseknél és a törvényhozásban. Hazánkban ugyanakkor az elmúlt években csak néhány olyan reprezentatív mintán megvalósuló epidemiológiai felmérés készült, amely a felnőtt lakosság alkohol- és egyéb szerhasználati szokásait vagy más szenvedélybetegségek gyakoriságait térképezte fel. Ezek egyrészt a Budapesti Corvinus Egyetemen, az Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála által vezetett *Országos Lakossági Alkohol- és Drogepidemiológiai Vizsgálatok* (ADE 2011 és 2003) (Elekes, 2004; Elekes és Paksi, 2003; Kopp és Kovács, 2006; Paksi, 2003, 2007b), másrészt a Kopp Mária vezetésével a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében végzett *Hungarostudy 2002* kutatás (Kopp és Kovács, 2006; Rózsa és mtsai, 2003). A viselkedési függőségek témakörében pedig olyan lakossági felmérés, amely reprezentatív mintán térképezi fel ezen zavarokat, korábban egyáltalán nem született (több zavar esetében nemzetközi vonatkozásban sem); sőt e zavarok többségét illetően egyáltalán nem rendelkezünk hazai adatokkal (Demetrovics, 2008b; Demetrovics és Kun, 2007).

A 2007-ben készült *Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról* (OLAAP)<sup>6</sup> elnevezésű kutatás (Paksi, Arnold, Kun és Demetrovics, 2011; Paksi, Rózsa,

<sup>6</sup> A kutatás a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont megbízásából és finanszírozásával készült a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és

Kun, Arnold és Demetrovics, 2009) során az addiktológiai problémák spektrumszemléletének érvényesítésére törekedtünk (Demetrovics és Kun, 2007; Hollander, 1993), így nem csak a pszichoaktív-szer-használathoz kapcsolódó függőségek feltérképezését tűztük ki célul, hanem a különböző viselkedési addikcióknak, és az ezek kapcsolatrendszerének feltárását is.

### 3.3.1 A kutatás lépései

Az OLAAP felmérés főbb lépéseit az alábbiak szerint összegezhetjük:

1. A kutatás konceptualizálása
2. A kutatási battéria kidolgozása, próbakérdezés, a kutatási battéria véglegesítése
3. A mintavétel módjának meghatározása, a vizsgálati minta kialakítása
4. Az adatfelvételi terv kidolgozása (határidők, adatfelvételi mód meghatározása, kérdezőbiztosok kiválasztása)
5. Az adatfelvétel lebonyolítása (kérdezőbiztosok képzése, megkérdezettek kiértékelése, a mintaszemélyek felkeresése és a felkeresés eredményességének riportálása, kérdőív felvétel)
6. Mintakiesések pótlása
7. Kódolás, adatrögzítés, adattisztítás
8. Súlyozás
9. Adatfeldolgozás – beleértve az adatbázis módszertani jellemzőinek kiszámítását

### 3.3.2 A vizsgálati minta nagysága és a mintavétel stratégiája

Az adatfelvétel mintavételi tervének kialakításában a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. A kutatás célpopulációja a magyarországi 18–64 éves népesség (6.703.854 fő);
2. A kiválasztott személyek reprezentálják az ország 18–64 éves népességét;
3. A kiválasztás minden alapegységét tekintve véletlenszerű legyen;
4. A mintavétel – a vizsgált magatartások várhatóan szignifikáns urbanizációs és életkori mintázata (Paksi, 2007c) okán – biztosítsa a minta életkor és településméret szerinti arányosságát
5. A minta biztosítson területi (regionális szintű) becsléseket is.

A fenti alapelveket figyelembe véve a mintavételi keretet a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala 2006. január 1-jei nyilvántartása szerint érvényes lakcímmel rendelkező állandó lakosság képezte (6.662.587 fő) (8.1.1. melléklet).

---

Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (Paksi Borbála) vezetésével, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézete Addiktológiai Tanszéki Szakcsoportjával (Demetrovics Zsolt) együttműködésben. A fentiekén kívül résztvevő kutatók még Arnold Petra, Kun Bernadette és Rózsa Sándor.

A minta kiválasztása Budapesten egy, vidéken két lépcsőben zajlott. A vidéki alminta kiválasztásának első lépcsőjében regionális elhelyezkedés (5 TÁRKI régió) és településméret (6 méretkategória) szerint rétegzett, véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a mintába kerülő településeket (127 mintavételi pont, amelyből a megyeszékhelyek és a megyei jogú városok önreprezentálóak, azaz mintába kerülésük esélye 1). Ezt követően a mintaválasztás második lépcsőjében a kiválasztott településeken életkor (5 életkori kategória) szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással választottuk ki a megkérdezendő személyeket. A fővárosi alminta esetében egylépcsős, főbb korcsoportok (18–34, illetve 35–64 éves) és kerületek szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk. A korábbi kutatási tapasztalatok alapján alacsony elérési aránnyal jellemezhető, ugyanakkor a vizsgált magatartások szempontjából fokozottan érintett (Elekes és Paksi, 2003; Paksi, 2003) 18–34 éves korosztályt kétszeresen felülreprezentáltuk.

A kutatás bruttó főmintája összességében 3.183 főre terjedt ki. A mintavesztés pótlására a főmintával azonos elvek szerint választott, a főmintához képest kétszeres elemszámú, rétegzési kritériumok, illetve nemek szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk (8.1.2. melléklet).

### 3.3.3 Az adatfelvétel lebonyolítása

Az adatfelvételre 2007. március 5. és április 6. között került sor, olyan időszakban, amikor nagyobb ünnepek nem módosítják a szerhasználó magatartások rövididejű prevalencia-értékeit az általában jellemző fogyasztási szokásokhoz képest.

A megkérdezettek együttműködési készségének, részvételi, illetve válaszadási hajlandóságának növelése céljából a mintába került személyeket az adatfelvétel indulása előtt írásban felkértük a kutatásban való közreműködésre. A felkérő levélben – a vonatkozó törvényi előírások, és a kérdezettek bizalmának fokozása céljából – ismertettük a kutatás célját és fontosságát, továbbá azt, hogy kinek a megbízásából, milyen intézmény gyűjti az adatokat, és hogy mire, milyen módon fogjuk azokat felhasználni.

Szintén a válaszolási hajlandóság, valamint a válaszok megbízhatóságának növelése okán, nagy jelentőséget tulajdonítottunk a kérdezőbiztosok kiválasztásának. Korábbi kutatási tapasztalatok szerint a megkérdezettek a kényes, s különösen a korspecifikus kérdésekben – mint amilyen a nagyfokú társadalmi elítélés alá eső drogfogyasztás is – szívesebben, és őszintébben nyilatkoznak az életkorban hozzájuk közelebb álló személyeknek (Paksi, 2007b). E tapasztalatoknak megfelelően a kérdezőbiztosokat a nagyobb korcsoportok szerint a megkérdezettekhez illesztettük. Az adatfelvétel során tehát a mintába került, előzetesen kiértékelített személyeket életkorban hozzájuk közelálló, előzetes felkészítésen részt vett szociológia, illetve pszichológia szakos diákok, valamint hivatásos kérdezőbiztosok keresték fel. A kérdezők a mintaszemélyek felkeresését a 8.1.3. mellékletben található ábrán bemutatott protokoll szerint végezték, s a kérdezés eredményét a címkártyán riportolták, az alábbi kategóriák alapján:

1. sikeres megkérdezés;
2. megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély a megkereséskor nem elérhető;

3. rossz keretinformáció (nincs ilyen utca, vagy házszám, vagy a megjelölt személy nem lakik ott);
4. a mintaszemély visszautasította a kérdezést;
5. egyéb ok miatt nem volt sikeres a megkeresés.

2-es kód esetén a kérdezőknek három alkalommal kellett felkeresniük a címet, három különböző napszakban. A felkeresések időpontjait regisztrálták szintén a címkártyán. Amennyiben háromszori felkeresés során sem tudták felvenni a kapcsolatot a kérdezettel, vagy a cím rossz volt, illetve a kérdezt visszautasította a válaszadást, akkor a mintaveszteség pótlására az egyes rétegek kategóriák mentén a kieső mintaszemélyekhez illesztett pótmintát alkalmaztunk (8.1.3. melléklet).

A kutatás során személyes megkereséssel zajló, kevert – azaz a face-to-face kérdezési módszert önkitöltős elemekkel kombináló – kérdezési technikát alkalmaztunk.

- A szociodemográfiai, illetve egyéb társadalmi háttérváltozókra vonatkozó kérdések, valamint a vizsgált viselkedési addikciók *szűrőkérdéseinek* („A” kérdőív) felvétele kérdezőbiztosok közreműködésével, „face-to-face” módszerrel történt.
- A drog-, illetve alkoholfogyasztással kapcsolatos („B” kérdőív), valamint a vizsgált viselkedési addikciók *tüneteinek, súlyosságának becslésére, illetve a személyiségdimenziók mérésére* alkalmazott – fent részletezett – tesztbatteria felvétele pedig a kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős módszerrel történt. Az önkitöltős kérdéseket tartalmazó adatfelvételi batteria válaszait a kérdezők sem ismerhették meg, azokat lezárt borítékban adták vissza a megkérdezett személyek a kérdés során mindvégig jelen lévő, így a kérdezési körülmények standardítását (pl. a kérdezt nem családtagjaival együtt tölti ki a kérdőívet) biztosító kérdezőbiztosnak.

A face-to-face kérdőívben több segítő instrukciót fogalmaztunk meg a felvételt lebonyolítók számára (pl. a kérdőív egészére vonatkozóan, illetve az egyes kérdésblokkok bevezető szövege, ugrásokra vonatkozó instrukciók, kódolási segédlet stb. szempontjából). A válaszadás megkönnyítése, illetve a kérdéses gördülékenyebbé tétele érdekében néhány kérdésnél válaszlapokat és kártyákat készítettünk, ami a kérdésekre adható lehetséges válaszformátumokat tartalmazta.

### 3.3.4 A felmérésben való részvétel mértéke

Az epidemiológiai célkitűzést is megfogalmazó felmérések egyik kulcsfontosságú tényezője a részvételi arány. Minél magasabb a visszautasítás mértéke, annál jobban megkérdőjelezhető a mintavétel reprezentativitása. Az OLAAP 2007 felmérésben a mintakiesés okát négy típusba soroltuk:

1. sikertelen kapcsolatfelvétel: rossz keretinformációval összefüggő kiesések (nem létezik az adatnyilvántartó által megadott cím, vagy a mintaszemély nem lakik az adott címen, elköltözött, elhunyt);

2. sikertelen kapcsolatfelvétel: a kiválasztott személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető;
3. sikeres kapcsolatfelvétel, de a kiválasztott személy visszautasította a válaszadást;
4. sikeres kapcsolatfelvétel, de a kiválasztott személy valamilyen ok miatt nem volt alkalmas a válaszadásra.

Az adatfelvétel során a főmintába került személyek 79%-a esetén történt sikeres kapcsolatfelvétel, 6,9% esetében az adatnyilvántartó hivatal által rendelkezésre bocsátott adat nem volt megfelelő, 14,1% esetében pedig a megkérdezett személy háromszori megkeresés alkalmával sem volt elérhető. A válaszadás visszautasításának aránya a sikeres kapcsolatfelvételhez viszonyítva 27,7%, s további 11,7%-uk valamilyen ok miatt nem volt alkalmas a válaszadásra (3.3–1. táblázat).

3.3–1. táblázat A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok (III. vizsgálat)

	Fő	Arány (%)	
		bruttó minta %-ában	a sikeres kapcsolat- felvétel %-ában
Sikeres megkérdezés	1523	47,8	60,6
A mintaszemély visszautasította a kérdést	697	21,9	27,7
Egyéb ok miatt nem volt sikeres a megkérdezés (alkalmatlanság)	293	9,2	11,7
<i>Sikeres kapcsolatfelvétel összesen</i>	<i>2513</i>	<i>79,0</i>	<i>100,0</i>
Rossz keretinformáció (nem létezik a megadott cím, vagy a megjelölt személy nem lakik ott)	220	6,9	–
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	450	14,1	–
<i>Összesen</i>	<i>3183</i>	<i>100,0</i>	–

A sikeres megkérdezések aránya vidéken szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) nagyobb volt, mint Budapesten, ami részben a fővárosi keretadatok alacsonyabb validitásának, részben pedig az elutasítás és egyéb ok miatti sikertelen kérdezés nagyobb arányának következménye (3.3–2. táblázat). Hasonlóképpen szignifikáns ( $p < 0,001$ ) eltérés mutatkozott a sikeres megkérdezések arányában életkor szerint. A 35 évesnél fiatalabb, fiatal felnőtt korosztályban azonban ez nem az elutasítások nagyobb mértékével hozható összefüggésbe, hanem keretvaliditási és elérhetőségi problémákkal. Nemek szerint azonban nem mutatkozott különbség a sikeres megkérdezések arányában ( $p = 0,103$ ).



3.3–2. táblázat A főminta elérése, illetve a kiesések okaira vonatkozó riportok előfordulási aránya (%) a fővárosban és vidéken, illetve a fiatal felnőtt és az idősebb korosztályban

	Budapest	Vidék	18–34 évesek	35–64 évesek
Sikeres megkérdezés	34,2	51,6	45,4	49,6
A mintaszemély visszautasította a kérdést	26,8	20,6	17,0	25,4
Egyéb ok miatt nem volt sikeres a megkérdezés (pl. alkalmatlanság)	14,1	7,9	12,6	6,8
Rossz keretinformáció (nincs cím, vagy a megjelölt személy nem lakik ott)	11,1	5,8	9,4	5,1
Megfelelő keretinformáció, de a mintaszemély nem elérhető	13,8	14,2	15,6	13,1
<b>Összesen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A mintakiesések pótlására – mint említettük – rétegzési szempontok szerint illesztett pótmintát alkalmaztunk. A helyettesítések segítségével elért nettó minta nagysága 2.710 fő. A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben a 3.3–3. táblázatban látható.

3.3–3. táblázat A nettó minta elemszáma az egyes rétegekben (fő)

Régió	Településméret	Korcsoportok					Összesen
		18–34		35–64			18–64
Budapest		258		233			491
		18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	
Észak-nyugat régió	0–999	9	16	12	15	10	62
	1000–4999	24	36	29	38	31	158
	5000–9999	4	8	6	6	7	31
	10000–49999	15	28	19	26	21	109
	50000–149999	17	39	25	26	25	132
Dél-nyugat régió	0–999	9	12	11	15	10	57
	1000–4999	18	26	21	29	23	117
	5000–9999	4	6	5	4	4	23
	10000–49999	8	12	11	14	10	55
	50000–149999	6	11	10	13	10	50
	150000+	5	13	12	10	9	49



Régió	Településméret	Korcsoportok					Összesen
		18–34		35–64		18–64	
Közép-kelet régió	0–999	4	6	4	5	4	23
	1000–4999	27	41	29	32	33	162
	5000–9999	15	25	24	22	19	105
	10000–49999	30	48	38	41	40	197
	50000–149999	7	12	8	11	8	46
Észak-kelet régió	0–999	6	9	10	9	10	44
	1000–4999	18	29	21	29	17	114
	5000–9999	8	13	13	15	9	58
	10000–49999	16	30	24	29	21	120
	50000–149999	5	9	7	8	6	35
	150000+	15	26	21	26	21	109
Dél-kelet régió	0–999	2	2	2	2	2	10
	1000–4999	12	23	18	24	20	97
	5000–9999	9	12	11	12	12	56
	10000–49999	16	31	24	31	25	127
	50000–149999	4	6	10	9	8	37
	150000+	2	9	9	9	7	36
Országosan összesen		1.111		1.599		2.710	

#### A mintavételi hiba becslése

Az elért mintanagyság mellett 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár mértéke  $\pm 1,9\%$ . A minta különböző prevalenciaértékek esetében jellemző statisztikai paramétereit (standard hiba, statisztikai erő) láthatjuk a 8.1.4. és 8.1.5. mellékletekben.

#### 3.3.5 Az adatok súlyozása

A rétegenként eltérő mintaelérés, valamint a fővárosi fiatal felnőtt populációban alkalmazott „oversampling” miatt a keretpopulációnak megfelelő rétegenkénti mintaarányok

helyreállítására rétegekategóriánkénti mátrixsúlyozást alkalmaztunk. Az egyes rétegekben alkalmazott súlyok a 8.1.6. mellékletben láthatók. A súlyok megoszlásának vizsgálata alapján láthatjuk (3.3–4. táblázat), hogy az alkalmazott súlyok normál eloszlásúak és csak kis mértékben térnek el egymástól (a legnagyobb súly 3,75-szöröse a legkisebbnek). Mindez azt jelzi, hogy a minta reprezentativitása kevésbé sérült, s a minta súlyozása nem jelentett durva „mesterséges beavatkozást” az adatbázisban.

3.3–4. táblázat Az alkalmazott súlyok eloszlásának statisztikai mutatói

Átlag	1,000	Ferdeség	0,639
Szórás	0,228	Ferdeség standard hibája	0,047
Legkisebb súly	0,6237	Csúcsosság	2,397
Legnagyobb súly	2,7419	Csúcsosság standard hibája	0,094

A fentiekben leírt eljárással súlyozott, a rétegzési kategóriák mentén arányossá tett minta nemi eloszlása is leképezi a populációs arányokat (3.3–5. táblázat).

3.3–5. táblázat A magyarországi lakónépesség és a súlyozott minta nemek szerinti eloszlása

	Sokasági eloszlás*		Súlyozott minta eloszlása	
	Fő	%	Fő	%
Férfi	4 784 579	47,5%	1334	49,2%
Nő	5 292 002	52,5%	1376	50,8%
Összesen	10 076 581		2710	

Megjegyzés: \*2006. január 1-jei állapot

### 3.3.6 Az OLAAP felmérésben alkalmazott adatfelvételi battéria kialakításának szempontja

Az OLAAP országos felmérés előkészítésénél nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy olyan nemzetközi mérőeszközöket is bevonjunk, amelyek alkalmazhatóságát számos felmérés igazolja. Ezáltal nem csak korszerű mérőmódszerek kerültek hazai bevezetésre, hanem ez a választás a hazai eredmények nemzetközi szintű összehasonlíthatóságát is elősegíti. A korábbi felmérések tapasztalatait és a nemzetközi ajánlásokat is figyelembe véve egy közel 800 kérdésből álló adatfelvételi battériát szerkesztettünk, amely az alábbi területeket ölelte fel:

- szerhasználó magatartások (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás);
- viselkedési addikciók (kóros játékszenvedély, testedzésfüggőség, munkafüggőség, problémás internethasználat, kényszeres vásárlás);

- szociodemográfiai adatok (nem, életkor, származási család, iskolázottság, foglalkozási státusz, gazdasági státusz, háztartás összetétele, értékorientációk/anómia, szabadidő felhasználás); valamint
- egyes személyiségdimenziók mérése.

A kérdőívben alkalmazott skálák és kérdéscsoportok kialakításánál ügyeltünk arra is, hogy eredményeink a korábbi, hasonló témájú epidemiológiai felmérésekkel (ADE 2001, ADE 2003) is összehasonlíthatóak legyenek. Ez elsősorban a dohányzás, alkohol és egyéb pszichoaktív szerhasználat esetében merült föl, ezeket az adatokat azonban jelen disszertációban csak érintőlegesen ismertetjük, így a módszertani bemutatásban csak röviden térünk ki erre a területre.

A kérdőív szerkesztése során figyelembe vettük az interjú helyzet dinamikájának olyan sajátosságait, mint például a válaszadók kezdeti tartózkodó vagy esetleg szorongó magatartása. Ezért az adatfelvételi battéria kérdéscsoportjait megpróbáltuk olyan sorrendbe állítani, amely csökkenti a válaszmegtagadás és a visszautasítás lehetőségét. Ennek megfelelően az adatfelvételi battéria első részében elsősorban szociodemográfiai elhelyezkedésre vonatkozó kérdések szerepeltek (pl. munkahely és háztartási adatok, életkörülmények), ezt követték az értékorientációkra vonatkozó kérdések, majd a szerhasználat, illetve a viselkedési addikciókkal kapcsolatos kérdéseket a fogyasztási illetve szabadidő eltöltési szokások kérdéskörébe ágyazva tettük fel.

Mivel a hazai és a nemzetközi felmérések tapasztalatai egybehangzóan azt bizonyítják, hogy a részvételi hajlandóságot jelentősen befolyásolja a kérdőív hosszúsága, így az adatfelvételi battériában több esetben rövidített skálákat használtunk. Valamennyi rövidített skála kialakításánál a korábbi felméréseink pszichometriai eredményeit, illetve más hazai kutatási eredményeket vettünk figyelembe.

A különböző szerhasználó magatartások epidemiológiai vizsgálata tekintetében a kutatás kiindulópontjának és módszertani megalapozásának a 2001-ben és 2003-ban készült magyarországi általános populációs drogepidemiológiai vizsgálatokat (ADE 2001, ADE 2003) tekintettük (Paksi, 2007a, 2007b). E kutatások a kábítószer-fogyasztás vonatkozásában a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction által 1999-ben kidolgozott modellkérdőívre (EMQ) (EMCDDA, 1999), az alkoholfogyasztás tekintetében pedig emellett az International Research Group on Gender and Alcohol (IRGGA) keretében szervezett Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-national Study (GENACIS) című programban kidolgozott kérdőív kérdéseire (Wilsnack, Bloomfield, Monteiro és Room, 1999) és a WHO (WHO, 2000) ajánlásaira épültek. A jelen kutatás során alkalmazott adatfelvételi battéria a fentiekben túlmenően harmonizál a nemzetközi ajánlások (pl. EMCDDA, 2002) terén született újabb fejleményekkel.

### 3.3.7 Eszközök

A szociodemográfiai adatokat tekintve rákérdeztünk a vizsgálati személyek nemére, korára, lakhelyére, iskolai végzettségére, anyagi helyzetére és munkavállalói helyzetére. A legmagasabb iskolai végzettség helyett a *várható legmagasabb iskolai végzettséggel* számoltunk, azaz a már megszerzett végzettséget korrigáltuk a személy aktuális

tanulmányainak tükrében. A *deprivációs indexet* a többdimenziós hátrányos helyzet Townsend-féle koncepciója (Townsend, 1979) nyomán alkalmaztuk. Az elképzelés azt emeli ki, hogy az egyének és a családok anyagi státuszát az életkörülmények komplex együttesével kell mérni. Az általunk alkalmazott index 16 életkörülmény-komponensen alapul (Spéder, 2002), amelyet az egyes komponensek anyagi okok miatti hiányát jelző válaszok átlagolásával állítottunk elő.

Az alkoholfogyasztás epidémiájának becslésére alkalmazott szokásos indikátorok (8.1.7. melléklet) mellett az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) (Allen, Litten, Fertig és Babor, 1997; Babor, Biddle-Higgins, Saunders és Monteiro, 2001; Gerevich, Bácskai és Rózsa, 2006; Saunders, Aasland, Babor, De La Funete és Grant, 1993) alkalmaztuk az adatfelvételben.

A *dohányzás* illetve a nikotinfüggőség mérésére egyrészt a Fagerström Nikotinfüggőség Kérdőívet (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND) (Fagerström és Schneider, 1989; U. John és mtsai, 2004) alkalmaztuk, másrészt a 8.1.7. mellékletben feltüntetett indikátorokat.

A legális pszichoaktív-szer-használat (nyugtatók és altatók orvosi javaslatra illetve orvosi javaslat nélkül történő fogyasztása), illetve az illegális szerhasználat becslésére alkalmazott indikátorokat a 8.1.8. mellékletben foglaljuk össze. Ezeken túlmenően a kannabisz-fogyasztás okozta problémák mérése a CAST kérdőívvel történt (Costes, 2007; Legleye, Karila, Beck és Reynaud, 2007).

A felmérés során több új skála került bevezetésre, ezeket a nemzetközi módszertani ajánlásoknak megfelelően fordítottuk magyarra. Elsőként a mérőeszköz kidolgozójával vettük fel a kapcsolatot, majd az általa jóváhagyott, a kutatás számára engedélyezett kérdőívet egy pszichológiai tesztek fordításában jártas munkacsoport közreműködésével ültettük át magyar nyelvre. Az elkészült fordítást visszafordítottuk, és a szerzővel egyeztetjük, szükség esetén a célcsoporton előteszteltük.

Az alkalmazott vizsgálati tesztbatteria a *viselkedési addikciók* előfordulási gyakoriságának becslésére az alábbi mérőeszközöket tartalmazta. Ezek részletes bemutatását az eredmények részben, a részletes pszichometriai elemzésüket megelőzően teszem majd meg.

- (1) *Kóros játékszenvedély*. A DSM-kritériumokon alapuló *South Oaks Szerencsejáték Kérdőív* (SOGS) (Lesieur és Blume, 1987, 1993) a patológiás játék leggyakrabban használt, 20-tételes mérőeszköze. Kifejlesztői a klinikai és az általános populáció szűrésére, epidemiológiai vizsgálatok folytatására egyaránt alkalmasnak találták. Több különböző kultúrában végzett kutatásban is megfelelő validitást és reliabilitást mutatott (Gambino és Lesieur, 2006; Stinchfield, Govoni és Frisch, 2004a) (részletesen lásd a 3.6.2. fejezetben). Az OLAAP kutatás keretében szűrőkérdésként, valamennyi személyt megkérdeztük 11 különböző szerencsejáték-tevékenységről (illetve megjelölhetett ezeken kívül más szerencsejátékot is), hogy végezte-e ezek bármelyikét valaha életében legalább egyszer, illetve heti rendszerességgel élete során, az elmúlt évben vagy az elmúlt hónapban. A SOGS kitöltésére azokat a személyeket kértük, akik valamely szerencsejáték-tevékenységet valaha életükben végeztek már heti rendszerességgel. A 20-tételes SOGS értékelésekor – a nemzetközi gyakorlattal összhangban – problémamentesnek tekintettük azokat, akik 0 pontot értek el és kevés problémával jellemezhetőnek azokat, akik 1–2 pontot szereztek. A 3–4 pontot elérőket problémás szerencsejátékosoknak tekintettük, míg az 5 vagy annál több pontot elérők a patológiás szerencsejátékosok.

- (2) *Problémás internethasználat*. Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ) (Demetrovics és mtsai, 2004; Demetrovics és mtsai, 2008). A kérdőív az Eredmények fejezetben részletes bemutatásra kerül (4.1. fejezet). A kutatásban szűrőkérdésként rákérdeztünk az internethasználat gyakoriságára, s a PIUQ kérdőívet azok töltötték ki, akik legalább heti rendszerességgel használnak internetet.
- (3) *Testedzésfüggőség*. A testedzésfüggőség mérésére két eszközt alkalmaztunk, a Terry és munkatársai által kifejlesztett Testedzés Addikció Kérdőívet (Exercise Addiction Inventory, EAI) (Demetrovics és Kurimay, 2008; A. Terry, A. Szabo és M.D. Griffiths, 2004a), valamint a Hausenblas és Symons Downs által kialakított Testedzés Függőség Skálát (Exercise Dependence Scale, EDS) (Demetrovics és Kurimay, 2008; Hausenblas és Symons Downs, 2002b; Symons Downs, Hausenblas és Nigg, 2004). Az Eredmények fejezetben mindkét kérdőív részletes bemutatásra kerül (4.3. fejezet). Szűrőkérdésként rákérdeztünk a testedzés gyakoriságára, s az EAI, illetve az EDS kitöltésére azokat kértük, akik legalább heti rendszerességgel végeznek valamilyen testedzést.
- (4) *Kényszeres vásárlás*. A kényszeres vásárlás mérésére a Vásárlási Viselkedés Kérdőívet (Questionnaire About Buying Behavior, QABB) (Lejoyeux és mtsai, 1996; Lejoyeux, Tassain, Solomon és Adès, 1997) alkalmaztuk. A skála McElroy és munkatársai (1994) kritériumai, valamint klinikusok és hozzátartozók tapasztalatai alapján lett kialakítva. A kérdőív a 3.9.2. és a 4.6. fejezetben részletes bemutatásra kerül. A face-to-face kérdezés során, az előbbiekhöz hasonlóan rákérdeztünk a vásárlás gyakoriságára, s a QABB kérdőívet azok töltötték ki, akik arról számoltak be, hogy legalább heti rendszerességgel szoktak szabadidejükben vásárolni.
- (5) *Munkafüggőség*. A munkafüggőség mértékét a Robinson és munkatársai által kialakított Munkafüggőség Kockázata Kérdőív (Work Addiction Risk Test, WART) segítségével mértük (Robinson, 1989; Robinson, 1996; Robinson és mtsai, 1992). A kérdőív a 4.5. fejezetben részletes bemutatásra kerül. A WART kérdőív kitöltésére azokat kértük, akik legalább heti 40 órában dolgoznak (a munkaviszony jellegétől függetlenül).

Az OLAAP felmérésben az addiktológiai problémák személyiségdimenziók mentén mutakozó dinamikájának és etiológiájának vizsgálatára az alábbi pszichológiai mérőeszközöket alkalmaztuk.

- (1) *Pszichiátriai tünetek*. A különböző klinikai tünetek mérésére a Derogatis-féle Tünetlistát (Symptom Checklist 90 – Revised, SCL-90) (Derogatis, 1977; Derogatis és Cleary, 1977; Unoka és mtsai, 2004) alkalmaztuk. Az SCL-90-R egy 90 tételből álló tünetlista, amely pszichiátriai betegségek pszichés tüneteit veszi számba. A skála valamennyi tételét egy 5-fokú Likert skálán kell értékelnie a vizsgálati személynek, aszerint, hogy az mennyire jellemző rá (0 = egyáltalán nem, 1 = kissé, 2 = mérsékelten, 3 = eléggé, 4 = nagyon). Az SCL-90-R kilenc tüneti dimenziót mér, melyek a következők: *szomatizáció* (amely a testi percepciókból származó distress mértékét méri; somatization, SOM), *kényszeresség* (amely az obszesszív és kompulzív tüneteket foglalja magába; obsessive-compulsive, O-C), *interperszonális érzékenység* (amely az inadekvátság érzését, illetve a másokkal összehasonlításban megélt éréktelenség érzését jelzi; interpersonal sensitivity, I-S), *depresszió* (amely a depresszív tünetek mellett a motiváció hiányát jelzi; depression, DEP), *szorongás*

(amely a szorongásos tüneteket és a feszültséget méri; anxiety, ANX), *ellenségesség* (amely a negatív affektust, az agressziót és az irritabilitást méri; HOS), *fóbia* (amely a bizonyos helyzetekre adott félelmi válaszokat méri; phobic anxiety, PHOB), *paranoiditás* (amely a projektív gondolkodás, az ellenségesség, a gyanakvás és az autonómia elvesztésétől való félelem tüneteit foglalja magába; paranoid ideation, PAR), és *pszichotikuság* (amely az enyhe interszónális elidegenedéstől a pszichózis egyértelmű jeleiig a tünetek széles skáláját fogja át; psychoticism, PS) (Derogatis, 1983; Derogatis és Savitz, 2000). A kérdőív ezeken túlmenően három globális jelzőszámot is alkalmaz. A *Globális Súlyosság Index* (Global Severity Index, GSI) a 90 tételre adott átlagpontoszám, a *Pozitív Tünet Distressz Index* (Positive Symptom Distress Index, PSDI) a nullánál nagyobb értéket kapott tételek átlagpontoszáma, míg a *Pozitív Tünet Összpontoszám* (Positive Symptoms Total, PST), a nullánál nagyobb értéket kapott tételek száma. A kérdőív struktúrája az elemzések során megerősítést nyert (Urbán és mtsai, 2013).

- (2) *Temperamentum és Karakter Kérdőív* rövidített változat (Temperament and Character Inventory; TCI) (Cloninger, 1987; Cloninger és mtsai, 1993; Rózsa és mtsai, 2005) (lásd 3.2.2. fejezet).
- (3) *Impulzivitás*. Az impulzivitás önbevallásos mérőeszközei közül a leggyakrabban alkalmazott kérdőív a Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) (Barratt, 1959; Patton, Stanford és Barratt, 1995). A Barratt Impulzivitás Skála kezdeti formájában az impulzuskontroll különböző dimenzióinak mérését szolgálta, beleértve a viselkedéses (pl. pszichomotoros hatékonyság), a kognitív (pl. a kognitív válaszok gyorsasága) és a fiziológiai (szívrítmus) tényezőket is (Barratt, 1965). A BIS első verziója még 80 tételből állt, amit a konstruktum validitás növelése és az egyéb pszichometriai jellemzők javítása érdekében később 30-ra redukáltak (Patton és mtsai, 1995). A skála ezen, legújabb változata, a BIS-11, hat elsőrendű faktorból épül fel, amelyek három másodrendű faktorrá rendeződnek. A másodrendű faktorok a *Figyelmi impulzivitás* (Attentional Impulsivity), amely a *Figyelem* (Attention) és a *Kognitív instabilitás* (Cognitive Instability) dimenziókból áll össze, a *Motoros impulzivitás* (Motor Impulsivity), amely a *Motoros* (Motor) és a *Perszeveráció* (Perseverance) dimenziókat foglalja magába, valamint a *Tervezés hiánya* (Non-planning Impulsivity), amely az *Önkontroll* (Self-control) és a *Kognitív komplexitás* (Cognitive complexity) faktorokat tartalmazza.

A BIS-11 validálására történt kísérletek során azonban többnyire ezen faktorszerkezettől eltérő faktorstruktúrákat kaptak (Fossati, Di Ceglie, Acquarini és Barratt, 2001; Güleç és mtsai, 2008; Haden és Shiva, 2009; Ireland és Archer, 2008; Miller, Joseph és Tudway, 2004; Paaver és mtsai, 2007; Surís és mtsai, 2005; von Diemen, Szobot, Kessler és Pechansky, 2007). A jelen kutatáson végzett elemzések, bár a másodrendű faktorok belső konzisztenciáját megfelelőnek mutatták (3.3–6. táblázat), valójában nem tudták reprodukálni az eredeti faktorstruktúrát, így a konfirmátoros faktoranalízis nem mutatott megfelelő illeszkedést ( $\chi^2=6717$  df=402  $p<0,0001$ ; CFI=0,569; TLI=0,534; RMSEA=0,080 [0,078–0,082] Cfit<0,001; SRMR=0,108). Ennek nyomán több lépcsőben explorációs, majd konfirmációs elemzést végeztünk, amely egy háromfaktoros struktúrát eredményezett ( $\chi^2=495$  df=185  $p<0,001$ ; CFI=0,916; TLI=0,905; RMSEA=0,045 [0,040–0,050] Cfit=0,958; SRMR=0,051). A három faktor az *Önkontroll* (Self-control), az *Impulzív viselkedés* (Impulsive Behavior), valamint a *Nyugtalanosság* (Restlessness) lett, amelyek az eredeti 30 tételből 21 tételt használnak (Varga és mtsai, 2013). A későbbiekben a skála ezen változatát alkalmaztuk.



## Az alkalmazott skálák belső konzisztenciája

A felmérésben használt skálák reliabilitás mutatóit szemléltető 3.3–6. táblázatból láthatjuk, hogy a skálák túlnyomó része kiváló belső konzisztenciával rendelkezik. Az elvárható 0,6-es értéknél alacsonyabb alfa értéket egyedül TCI kérdőív jutalomfüggőség alskálája (0,50) esetében, illetve a SCOFF skála esetében (0,34) kaptunk (ez utóbbi skálát az elemzésekben nem használtuk, mivel nyomtatási hiba miatt az eredeti öt tétel helyett csak négy került be a kérdőívbe). A viselkedési addikciókkal foglalkozó skálák később részletes elemzés tárgyai lesznek, de a Cronbach-alfa értékeket itt is közlöm előzetesen.

3.3–6. táblázat Az OLAAP felmérésben használt skálák reliabilitás mutatói

Skálák			Valid esetek száma	Tételek száma	Cronbach-alfa
Alkoholhasználat (AUDIT)	Zavarainak	Szűrőtesztje	1928 (71,1%)	10	0,83
Fagerström Nikotinfüggőség Kérdőív (FTND)			670 (24,7%)	6	0,61
Kóros játékszenvedély (SOGS)			709 (26,2%)	20	0,81
Evési zavar (SCOFF)			2669 (98,5%)	4*	0,34
Problémás internethasználat (PIUQ)			942 (34,8%)	18	0,91
Testedzés addikció (EAI)			465 (17,2%)	6	0,72
Testedzés addikció (EDS)			458 (16,9%)	21	0,92
Kényszeres vásárlás (QABB)			196 (7,23%)	19	0,85
Munkafüggőség (WART)			1307 (48,2%)	25	0,89
Temperamentum és Karakter Kérdőív					
Újdonságkeresés			2444 (90,2%)	8	0,64
Ártalomkerülés				6	0,61
Jutalomfüggés				8	0,50
Kitartás				5	0,75
Önirányítottság				12	0,63
Együttműködés				8	0,74
Transzcendencia-élmény				9	0,82
Derogatis-féle Tünetlista					
Szomatizáció			2524 (93,1%)	12	0,91
Kényszeresség				10	0,87
Interperszonális érzékenység				9	0,85
Depresszió				13	0,90
Szorongás				10	0,88
Ellenségeség				6	0,81
Fóbia				7	0,85
Paranoia				6	0,79
Pszichotikusság				10	0,85

Skálák	Valid esetek száma	Tételek száma	Cronbach-alfa
<i>Barratt Impulzivitás Skála</i>			
Figyelmi Impulzivitás	2457 (90,7%)	8	0,66
Motoros Impulzivitás		11	0,69
Tervezés hiánya		11	0,68

\* Nyomtatási hiba miatt a skála öt tételéből csak négy került bele a kérdőívbe

### 3.4 IV. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel az online számítógépes játékokról

A negyedik kutatási projekt<sup>7</sup> célja sokrétű volt. Egyrészt célja volt a hazai online számítógépes játékokat játszó populáció megismerése és leírása, másrészt olyan mérőeszköz kialakítása, amely alkalmas az online játékokkal történő játésszal kapcsolatosan megjelenő problémák becslésének a mérésére. Harmadrészt célunk volt az online játéssz motivációs bázisának feltérképezése, s végül a különböző – személyiségpszichológiai, tüneti, motivációs és probléma – dimenziók közötti kapcsolatok vizsgálata.

#### 3.4.1 Minta és eljárás

A vizsgálat során két mintát alkalmaztunk. Az első mintát az online játékokkal kapcsolatos problémák feltárásához, valamint az online játékokra vonatkozó motivációs tételek generálásához használtuk. Ez a minta 15 fő (11 férfi és 4 nő) aktív, rendszeres játékosból állt.

A második minta szolgált a tényleges elemzés alapjául. Ennek kialakításakor összegyűjtöttük valamennyi a magyar online játékosok által frekvenciánként használt weblapot. Összesen 18 ilyen oldalt találtunk. Valamennyi oldallal felvettük a kapcsolatot, információt kértünk a látogatottságukról, s együttműködésüket kértük a tervezett kutatáshoz. Valamennyi helyről reagáltak, s az egyes oldalakon regisztrált felhasználók számát ez alapján összesen kb. 30.000 főre becsülhettük. Ebben a számban ugyanakkor egyrészt nagy lehet az átfedés az egyes oldalak között, másrészt feltehető, hogy sok korábban regisztrált személy aktuálisan már nem aktív. Az átfedések és inaktív felhasználók számának becsléséhez mindazonáltal nem rendelkezünk információval. Valamennyi oldal vállalta, hogy a nyitólapján vagy körlevélben közléseket rövid felhívásunkat. Ebben arra kértük az adott oldal látogatóit, hogy látogassanak el egy általunk készített honlapra, egy előzetesen megadott jelszóval lépjenek be, s töltsék ki a kérdőívünket.

<sup>7</sup> A kutatást az OTKA K83884 számú pályázata, valamint Szociális és Munkaügyi Minisztérium KAB-KT-09-0007 számú pályázata támogatta. Kutatásvezető Demetrovics Zsolt; a kutatásban közreműködött Ágoston Csilla, Farkas Judit, Harmath Eszter, Kertész Andrea, Reindl Antónia, Zilahy Dalma. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.



Összesen 7520 belépés történt a honlapunkra, azonban ebből 3130 fő egyáltalán nem kezdte meg a kérdőív kitöltését vagy csak néhány kérdést válaszolt meg. Így összesen 4390 (58,4%) kérdőív érkezett be hozzánk.

### 3.4.2 Eszközök

*Szociodemográfiai adatok.* Részletesen rákérdeztünk a személyek főbb szociodemográfiai jellemzőire (nem, életkor, családi állapot, lakhely, iskolai végzettség, tanulás és munka, foglalkozás, anyagi körülmények).

Külön kérdéscsoport foglalkozott az *online játsszással* kapcsolatos jellemzőkkel, ahol rákérdeztünk, hogy milyen játékokat játszik, megjelölve az egyes játékokkal töltött idő arányát, mennyi időt fordít összesen az online játsszára (óra/hét), ismerősökkel vagy idegenekkel játszik-e inkább, mennyi pénzt fordít erre a tevékenységre, illetve tagja-e valamilyen profi vagy fél-profi csapatnak.

Röviden kitértünk a *pszichoaktív szerek használatára*. A dohányzás tekintetében az életprevalenciát és az aktuális dohányzást mértük, az alkohol esetében az elmúlt évi és elmúlt havi gyakoriságot, az átlagosan fogyasztott mennyiséget, valamint az elmúlt évi és elmúlt havi nagyivást (6 vagy több ital egy alkalommal). Ily módon a kérdések tartalmazták az AUDIT (Babor és mtsai, 2001) (lásd 3.3.7. fejezet) első három kérdését, amelyek a kockázatos alkoholfogyasztás skálát adják ki. Az egyéb szerek (kannabisz, amfetamin vagy ecstasy, kokain, heroin vagy egyéb opiátok, LSD vagy mágikus gombok, szteroidok, alkohol és gyógyszer kombináció, nyugtató, altató orvosi rendelvény nélkül, egyéb) használata tekintetében az élet-, az elmúlt évi és az elmúlt havi prevalenciára kérdeztünk rá.

*Az online játékokkal kapcsolatos problémákat mérő skála tételeinek generálása.* Az online játékokkal kapcsolatos problémák mérésére egy 26 tételből álló listát generáltunk. A lista két forrásból származott, egyrészt (i) a szakirodalom áttekintéséből, másrészt (ii) a 15 online játékkal készített interjúkból. Első lépésben áttekintettük a Web of Science, a Science Direct, a PsycINFO és a Medline adatbázisokban a következő kulcsszavak alapján megjelenő közleményeket: online gam\*, MMO, MMORPG, multiplayer, FPS, first person shooter, RTS, real-time strategy. Összesen 199 közleményt találtunk, amelyekből 115 kizárásra került, mivel nem volt releváns a problémás online játék vonatkozásában. A fennmaradó 84 közleményt elolvastuk, s valamennyi olyan állítást kigyűjtöttünk, amely az online játékokkal kapcsolatosan vagy azok eredményeképp megjelenő problémára utalt. Összesen 42 állítást azonosítottunk ezen a módon. Ezzel párhuzamosan a 15 fő aktív játékost arra kértük, hogy soroljanak föl minden olyan az online játsszással összefüggésben tapasztalt problémát, amelyet akár saját maguk, akár mások vonatkozásában észleltek. Ezen a módon 32 problémát azonosítottunk. A két listát egyesítettük, a duplikációkat és hasonló állításokat kizártuk, s ily módon egy 26 tételből álló listát kaptunk. A kérdőívben ezeket az állításokat a vizsgálati személyeknek 5 fokozatú skálán (1 = soha, 2 = ritkán, 3 = időnként, 4 = gyakran, 5 = majdnem mindig/mindig) kellett értékelniük aszerint, hogy az egyes állításokat mennyire tartották igaznak saját magukra vonatkozóan.

*Az online játékokkal kapcsolatos motivációs skála tételeinek kialakítása.* A motivációs kérdőív tételeinek a kialakítása szintén több lépésben történt. Első lépésben, (1) az előzőekben ismertetett módon az irodalom áttekintése révén kigyűjtöttük valamennyi olyan állítást, amely valamilyen módon az online játsszás motivációs bázisára utalt. Összesen

42 ilyen tételt azonosítottunk. (2) Ezzel párhuzamosan a 15 fő rendszeresen online játékot játszó személyt arra kértük, hogy soroljanak fel minél több olyan belső okot, motívumot, amelyek miatt játszanak. A 15 személy feladata az volt, hogy fejezzék be azt a mondatot, hogy *Azért játszom online játékokkal, ...*. A 15 személytől összesen 87 motívumot nyertünk. (3) Ezt követően az így nyert összesen 129 motívumot a következő módon kategorizáltuk. A szakirodalom alapján, teoretikus megközelítéssel 7 motivációs területet azonosítottuk, amelyek a következők voltak: *Coping-Eszképizmus*, *Fantázia*, *Készségfejlesztés*, *Omnipotencia (hatalom)*, *Rekreáció*, *Versengés és Társas szükségletek*. Ezt követően három független értékelőt arra kértünk, hogy a 129 állítást sorolja be ezekbe a kategóriákba, illetve, ha egy állítást nem tud megfelelően besorolni, akkor új kategóriát is javasolhattak. Együttal kértük, hogy azokat a tételeket, amelyek nem egyértelműen belső motivációkra utalnak, vegyék ki a listából. A szakértők, ezen szempont alapján 38 tétel eldobását javasolták. A fennmaradó 91 tétel besorolása során azon tételek esetében, ahol nem volt egyetértés a besorolásban, ott egyeztetés alapján döntöttek a szakértők a tételről. A szakértők új motivációs területet (kategóriát) nem javasoltak, a hét területre valamennyi tételt egyértelműen be tudták sorolni. Ezt követően a fennmaradó 91 motívumot egy újabb revízióknak vetettük alá és kizártuk a duplikátumokat. Így a végső listánkban 56 tételhez jutottunk, amelyek a kérdőívbe kerültek.

A *pszichiátriai tüneteket* a Derogatis-féle Tünetlista (SCL-90-R) (Derogatis, 1977; Derogatis és Cleary, 1977; Unoka és mtsai, 2004) rövidített változatával mértük. A 3.3.7. fejezetben bemutatott SCL-90-R-től a rövidített 53-tételes változat (Brief Symptom Inventory, BSI) lényegében csak a tételek számában tér el. A BSI ugyanazt a kilenc tünetcsoportot méri, s ugyanúgy három további globális skálával egészül ki. A mért tünetek a *szomatizáció* (SOM), a *kényszeresség* (O-C), az *interperszonális érzékenység* (I-S), a *depresszió* (DEP), a *szorongás* (ANX), az *ellenségeség* (HOS), a *fóbia* (PHOB), a *paranoiditás* (PAR), és a *pszichotikusság* (PS) (Derogatis, 1975; Derogatis és Spencer, 1982). A globális indikátorok itt is a *Globális Súlyosság Index* (GSI), amely az 53 tétel átlagpontszáma, a *Pozitív Tünet Distressz Index* (PSDI), amely a nullánál nagyobb értéket kapott tételek átlagpontszáma, illetve a *Pozitív Tünet Összpontszám* (PST), amely a nullánál nagyobb értéket kapott tételek száma.

Az *önértékelést* a 3.1.2. fejezetben bemutatott Rosenberg-féle Önértékelés Skála (Rosenberg, 1965) magyar változatával mértük.

A *szenzoros élménykeresést* a Rövid Szenzoros Élménykeresés Skála (Brief Sensation Seeking Scale, BSSS) magyar változatával mértük (Hoyle, Stephenson, Palmgreen, Lorch és Donohew, 2002). A nyolc tételből álló skála tételei az SSS-V kérdőív (Zuckerman, Eysenck és Eysenck, 1978) tételei közül lettek kiválasztva (Huba, Newcomb és Bentler, 1981), oly módon, hogy serdülők körében is használható legyen a kérdőív. Szintén szempont volt, hogy mind a négy alskála reprezentálva legyen, így az egyes skálák két-két tétellel képviseltetik magukat a nyolc tételes eszközben. Szintén figyelték a kialakításnál arra is, hogy mivel a skálát gyakran a szerhasználat vonatkozásában alkalmazzák, így a szerhasználatra direkt módon utaló tételeket kihagyták. A négy alskála az *élménykeresés* (Experience seeking), az *unalomtűrés* (Boredom susceptibility), az *izgalom- és kalandkeresés* (Thrill and adventure seeking) és a *gátolatlanság* (Disinhibition).

Az *általános közérzet*, illetve *jóllét* mérésére a WHO *Általános Jól-lét Skálájának* (Well-Being Index, WBI) (Bech, Gudex és Johansen, 1996) 5-tételes változatát alkalmaztuk. A WHO által 1982-ben kifejlesztett skála kezdeti változata 28 tételből állt, amelyet Bech és munkatársai tíz, majd öt tételre rövidítettek (Bech és mtsai, 1996). A kérdőív hazai adaptálását Susánszky és munkatársai végezték el (Susánszky, Konkoly-Thege, Stauder és

Kopp, 2006). A tételeket 4-fokú skálán (0 = nem jellemző, 1 = alig jellemző, 2 = jellemző, 3 = teljesen jellemző) kell megítélni. A mérőeszköz fordított tételt nem tartalmaz, a nagyobb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot. Mivel a skála 0–3-ig terjedt, az elérhető pontszámok 0 és 15 pont között változhatnak. A magyar vizsgálat szerint az öttételes WHO Általános Jól-lét Skála belső megbízhatósága rövideje ellenére is kiváló (Cronbach-alfa=0,85). Az ötnapos köztes intervallummal felvett teszt-reteszt megbízhatóság is elfogadható ( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ) (Susánszky és mtsai, 2006).

A kérdőív tartalmazta továbbá az ötfaktoros személyiségmodell (Costa és McCrae, 1992; O. P. John és Srivastava, 1999; Pervin és Costa, 1999) rövid, 10-tételes kérdőívét (Ten Item Personality Measure, TIPI) (Gosling, Rentfrow és Swann, 2003), amelyet azonban a disszertációban bemutatásra kerülő elemzésekben nem használtunk.

### 3.5 V. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel a testedzésfüggőségről

A testedzésfüggőség mérésére szolgáló kérdőívek adaptálására az OLAAP minta (III. vizsgálat) jó lehetőséget nyújtott, azonban a legtöbb viselkedési addikcióhoz hasonlóan a testedzésfüggőség is alacsony prevalenciájú jelenség, így nagyobb problémás populáció elérése érdekében mindenképp speciális populációs kutatás tervezése volt indokolt<sup>8</sup>.

#### 3.5.1 Minta és eljárás

Mivel rendszeres, de nem hivatásosan sportoló testedzőket kívántunk vizsgálni, így a vizsgálatunkhoz két célpopulációt választottunk. Az elsődleges célpopulációt a budapesti edzőtermekbe járó felnőttek (18 évesnél idősebb) jelentették, akik legalább heti-kétheti rendszerességgel végeztek valamilyen sporttevékenységet. Ezt a populációt heterogenitása miatt választottuk, feltételeztük ugyanis, hogy a rekreációs sportolók nagyon változatos populációja érhető itt el, mind a testedzés célja, mind annak módja, intenzitása és gyakorisága tekintetében. A heti-kétheti testedzésre vonatkozó bekerülési kritérium azonban nem kizárólagosan edzőtermi sporttevékenységet jelentett, hanem bármilyen sportot. Ugyanakkor, ezt a mintát mindenképp ki akartuk egészíteni egy olyan mintával, amelybe az edzőtermekben elérhető sportlehetőségeknél intenzívebb, nagyobb erőfeszítést igénylő, de elsősorban mégis nem profi sportolók által űzött sportot művelők kerülnek. Erre, a nemzetközi vizsgálatokban is – pont a fenti jellemzők miatt – a legtöbbet vizsgált triatlonistákat választottuk ki.

Az adatfelvétel első lépésében azonosítottuk a budapesti edzőtermeket, s ezek főbb jellemzőit (cím, nyitva tartás, esetleges specifikumok). A főváros 22 kerületében összesen 242 ilyen termet találtunk, amelyekből 17 termet választottunk ki. A kiválasztás oly módon történt, hogy a fővárost egyrészt területileg jól reprezentálják a vizsgálatba bevont termetek, másrészt egyaránt képviselve legyenek az eltérő karakterisztikumokkal rendelkező

<sup>8</sup> A kutatást az OTKA K83884 számú pályázata, valamint a Szociális és Munkaügyi Minisztérium KAB-KT-09-0007 számú pályázata támogatta. Kutatásvezető Demetrovics Zsolt; a kutatásban közreműködött Eisinger Andrea, Farkas Judit, Kun Bernadette, Magi Anna, Menczel Zsuzsanna, Szabó Attila és Torma Noémi. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága jóváhagyta.

edzőtermek. Hasonlóképp, az adatfelvételi alkalmak is úgy lettek megtervezve, hogy valamennyi időszámban jelen legyünk valamennyi edzőteremben. 2010. március 14. és május 15. között összesen 143 adatfelvételi alkalomra került sor az edzőtermekben, amit további négy adatfelvételi alkalommal egészítettük ki, ahol triatlonistákat kerestük meg az edzéseiket megelőzően.

Az adatfelvétel személyes megkeresésén alapult, de online módon történt. A fent ismertetett szempontok mentén, valamennyi helyszínen meghatároztuk az adatfelvételi időszábokat, s ezekben az időszakokban két vagy három fő, az adatfelvételt végző fiatal volt jelen, akik valamennyi az edzőteremből távozó vendéget megszólítottak, néhány mondatban ismertették a kutatást, s beleegyezésüket kérték ahhoz, hogy e-mailen megkereshessük a személyt az online kérdőív kitöltése érdekében. Amennyiben a személy vállalta ezt, megadta az e-mail címét és aláírta a beleegyező nyilatkozatot. A kapcsolatfelvétel ilyen módon csak néhány percet vett igénybe. Ezt követően valamennyi esetben 24 órán belül kiküldtük az online kérdőív kitöltésére felkérő e-mailt. A 24 órás határra minden esetben ügyeltünk annak érdekében, hogy még minél előbb legyen a kapcsolat a személyes felkérés és az e-mailen történt megkeresés között.

Az e-mail a felkérés mellett tartalmazott egy egyéni jelszót, amellyel a személy be tudott lépni az online felületre. Amennyiben a személy egy héten belül nem töltötte ki a kérdőívet, kapott egy figyelmeztető e-mailt, amelyben újra kértük a kérdőív kitöltésére. Együttal jeleztük, hogy még egy alkalommal tervezzük majd figyelmeztetni, de amennyiben úgy döntött, hogy mégsem kíván részt venni a kutatásban, akkor ezt jelezzze, s nem írunk neki többet. Ha nem kaptunk levelet, akkor újabb hét elteltével egy második figyelmeztető e-mailt küldtünk, majd többet nem kerestük. Hasonlóképp jártunk el a hiányosan kitöltött kérdőívek esetében is, azaz az esetleges hiányokkal kapcsolatosan két felszólítást küldtünk.

Valamennyi adatfelvételi alkalomról részletes riportlapot töltöttek ki az adatfelvevők (8.3. melléklet). Ezek alapján összesen 8219 személyt szólítottunk meg. Közülük 1557 fővel nem tudtunk kapcsolatba kerülni, azaz lényegében nem állt meg, amikor megszólította őt a kérdező. További 1808 fő visszautasította a vizsgálatban való részvételt, azaz nem adta meg az e-mail címét, s nem írt alá beleegyező nyilatkozatot. További 265 fő pedig életkora (18 évesnél fiatalabb) vagy a sportolás gyakorisága (kéthetinnél ritkább) miatt kívül esett a célpopuláción. Ily módon összesen 4589 fő írta alá a beleegyező nyilatkozatot, s adta meg az e-mail címét.

Összesen 349 esetben azonban az e-mail cím nem volt jó, 1417 fő esetében pedig a személy nem lépett be az online kérdezői felületre, s nem töltötte ki a kérdőívet. Ily módon összesen 2823 fő töltötte ki a kérdőívet.

### 3.5.2 Eszközök

A szociodemográfiai változók és a szerhasználat tekintetében a IV. vizsgálatnál bemutatott kérdéseket alkalmaztuk ebben a vizsgálatban is (lásd 3.4.2. fejezet).

A *Testedzésfüggőség* mértékét az Exercise Addiction Inventory (EAI, Testedzés Addikció Kérdőív) (Demetrovics és Kurimay, 2008; Terry és mtsai, 2004a), illetve Exercise Dependence Scale (EDS, Testedzésfüggőség Skála) (Demetrovics és Kurimay, 2008; Hausenblas és Symons Downs, 2002b; Symons Downs és mtsai, 2004) skálákkal mértük, amelyeket részletesen a 4.3. fejezetben mutatok be.

Emellett részletesen rákérdeztünk, hogy a személy milyen sportokat űz aktuálisan, ezeket milyen rendszerességgel végzi (heti hány alkalom), milyen időtartamban (óra/hét), hány éve, milyen keretek között (versenyszerűen vagy hobbi jelleggel, szervezett vagy kötetlen formában, egyedül vagy társakkal), mennyi pénzt költ rá. E sportolási gyakoriság kérdést kiegészítettük a Leisure-Time Exercise Questionnaire (LTEQ) azon kérdésével, amely az izzadással járó testgyakorlás gyakoriságára kérdez rá (Godin és Shephard, 1997), illetve a Borg Skála alkalmazásával (Borg, 1998), amely a testedzés során kifejtett erőfeszítés mértékét méri. Szintén megkérdeztük a személy magasságát, testsúlyát és ideális testsúlyát, továbbá felvettünk néhány az evészavarral, a testképpel és a testi elégedettséggel kapcsolatos kérdőívet, ezek azonban a disszertációban bemutatásra kerülő elemzésekben nem szerepelnek.

A személyiségjellemzők tekintetében az alább felsorolt kérdőívek megegyeztek a IV. vizsgálatban alkalmazottakkal, azonban három új eszköz is bekerült a battériába. Ezeket a lista végén említem. Közülük azonban egyedül a III. vizsgálatban már ismertetett Barratt Impulzivitás Skála (BIS-11) szerepe jelentős, a másik két kérdőívvel a disszertáció keretében nem foglalkozom.

- *Rövid Tünetlista* (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis, 1975; Derogatis és Spencer, 1982).
- Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSES) (Rosenberg, 1965).
- Rövid Szenzoros Élménykeresés Skála (Brief Sensation Seeking Scale, BSSS) (Hoyle és mtsai, 2002).
- WHO *Általános Jól-lét Skála* (Well-Being Index, WBI) (Bech és mtsai, 1996; Susánszky és mtsai, 2006).
- Tíz Tételes Személyiség Kérdőív (Ten Item Personality Measure, TIPI) (Gosling és mtsai, 2003).
- Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) magyar változata (Varga és mtsai, 2013).
- Disszociatív Élmény Skála (Dissociative Experiences Scale, DES-II) (Bernstein és Putnam, 1986; Carlson és Putnam, 1993).
- Contingens Önértékelés Skála (Contingent Self-Esteem, CSES) (M. Johnson és Blom, 2007)

### 3.6 VI. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel a problémás szerencsejátékról

Az előző vizsgálatához hasonlóan ez az adatfelvétel<sup>9</sup> is azért készült, hogy a normál populációs adatok mellett, célzott, speciális populációs adatfelvétellel nagy arányban érjünk el problémás szerencsejátékosokat.

---

<sup>9</sup> A kutatást az OTKA K83884 számú pályázata, valamint a Szociális és Munkaügyi Minisztérium KAB-KT-09-0007 számú pályázata támogatta. Kutatásvezető Demetrovics Zsolt; a kutatásban közreműködött Eisinger Andrea, Farkas Judit, Gyollai Ágoston, Kun Bernadette és Magi Anna. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.

### 3.6.1 Minta és eljárás

A célpopuláció a szerencsejátékosok esetében az a felnőtt (18 évesnél idősebb) populáció volt, aki legalább heti-kétheti rendszerességgel játszik valamilyen szerencsejátékot. A populáció elérése két típusú helyszínen történt; egyrészt játéktermeknél, másrészt lottózókban.

A játéktermek esetében valamennyi, Budapesten elérhető céggel megpróbáltuk felvenni a kapcsolatot, s engedélyt kapni arra, hogy a bejáratnál, az V. vizsgálatnál bemutatott protokoll szerint megszólíthassuk a játékosokat, s beleegyezésüket kérjük a vizsgálatba. Ehhez azonban egyetlen helyszínen sem járultak hozzá, így a bejáratok előtt, közterületen végeztük a megkeresést, amely azonban ily módon lényegesen kevésbé volt hatékony. Összesen 9 ilyen helyszínen, 33 alkalommal történt adatfelvétel, oly módon, hogy valamennyi időszámban történjen kérdezés.

A lottózók esetében a Szerencsejáték Zrt. azonban maximálisan biztosított minket az együttműködéséről. Ennek megfelelően a budapesti lottózókat (73 darab) öt regionális kategóriába soroltuk (Belváros, Észak-Buda, Dél-Buda, Pesti lakógyűrű, illetve Pesti peremkerületek), majd valamennyi területi egységben kiválasztottunk 4–7 adatfelvételi helyszínt. A kiválasztásban törekedtünk arra, hogy frekvenciátalabb, s kevésbé frekvenciált helyszínek egyaránt bekerüljenek a mintába (ehhez megfelelő információt kaptunk a Szerencsejáték Zrt.-től, illetve az adott helyszínek üzemeltetőitől). Összesen 26 helyszín került kiválasztásra, ahol a nyitva tartás szempontját is figyelembe véve 115 alkalommal történt adatfelvétel.

A két helyszíntípuson (összesen 35 helyszín) tehát összesen 148 alkalommal történt adatfelvétel 2010 márciusa és 2011 májusa között. Az esetek mintegy harmadában (48 alkalom) a kevésbé frekvenciált, bár a problémás játékosok szempontjából nem elhanyagolható reggeli-délelőtti időszámban zajlott az adatfelvétel, míg 99 alkalommal délután vagy este/éjszaka.

Az adatfelvételi alkalmak során összesen 8571 személyt szólítottunk meg, s kértünk fel a kutatásban való részvételre. Közülük 539 fő nem tartozott a célcsoportba (életkora vagy a heti-kéthetnél ritkább játék miatt), 2266 fővel nem kerültünk érdemben kapcsolatba (azaz nem állt meg a megszólításkor, nem hallgatta végig a megkeresést), további 4131 fő pedig visszautasította a kutatásban való részvételt. Összesen tehát 1635 fő egyezett bele a vizsgálatban való részvételbe. Közülük 1382 személy adta meg az e-mail címét. Számukra, az V. vizsgálatban bemutatott módon 24 órán belül e-mailt küldtünk egy egyéni jelszóval, felkérve őket a kérdőív kitöltésére, majd amennyiben ez nem vagy csak hiányosan történt meg, úgy még két alkalommal, egy hét, illetve két hét elteltével emlékeztető e-mailt küldtünk. 146 esetben az e-mail cím nem volt megfelelő, 703 esetben pedig nem történt kitöltés. Ily módon összesen 533 kitöltött kérdőív érkezett be az adatbázisba. A tesztdészfüggőséggel foglalkozó vizsgálatnál szemben azonban, ahol kizárólag online adatfelvételt végeztünk, jelen esetben, egyrészt a populáció sajátosságait, másrészt a helyszín adta speciális lehetőségeket is figyelembe véve a lottózókban lehetővé tettük a helyszínen, nyomtatott formájú kérdőív kitöltését is. Ezzel a lehetőséggel 253 fő élt. Ily módon összesen 786 kitöltött kérdőív gyűlt össze, amelyből magas arányú hiányok miatt 9 kérdőívet kellett kizárnunk. A végső minta tehát 777 személy kérdőívéből állt.

A mintát 466 férfi (60%) és 311 nő (40%) alkotta. A férfiak átlagéletkora 38,9 év (szórás: 14,5 év; minimum életkor: 20 év, maximum életkor: 86 év), míg a nők átlagosan

négy évvel idősebbek (42,4 év; szórás: 13,2 év; minimum életkor: 21 év, maximum életkor: 77 év) voltak. Fiatal felnőttek és középkorú, budapesti, érettségivel vagy felsőfokú végzettséggel jellemezhető személyek alkotják a minta többségét. A minta részletes demográfiai jellemzését a 3.6–1. táblázat mutatja be.

3.6–1. táblázat A minta főbb demográfiai jellemzői (VI. vizsgálat)

	Fő (%)
NEM	
Férfi	466 (60%)
Nő	311 (40%)
Életkor	
18–24	109 (14,3%)
25–34	189 (24,8%)
35–44	192 (25,2%)
45–54	121 (15,9%)
55–64	115 (15,1%)
65–	35 (4,6%)
Családi állapot	207 (26,6%)
Nőtlen, hajadon, egyedülálló	239 (30,8%)
Kapcsolatban, de nem házas	237 (30,5%)
Házas	76 (9,8%)
Elvált	17 (2,2%)
Özvegy	
Iskolai végzettség	24 (3,1%)
Általános iskola	76 (9,8%)
Szakk munkásképző	369 (47,5%)
Érettségi	308 (39,6%)
Főiskola vagy egyetem	
Lakóhely	
Budapest	593 (76,3%)
Megyeszékhely	21 (2,7%)
Egyéb város	104 (13,4%)
Falu, község	57 (7,3%)



## 3.6.2 Eszközök

A *szociodemográfiai változók* és a *szerhasználat* tekintetében a IV. és V. vizsgálatnál bemutatott kérdéseket alkalmaztuk jelen vizsgálatban is (lásd 3.4.2. fejezet és 8.2. melléklet).

Valamennyi *szerencsejáték* lehetőséggel kapcsolatosan rákérdeztünk, hogy játszott-e azt a személy valaha életében, illetve, hogy az elmúlt hónap, az elmúlt év, vagy élete során volt-e olyan időszak, amikor legalább heti rendszerességgel játszott az adott játékot.

A *szerencsejáték probléma* mértékének mérésére két eszközt is alkalmaztunk.

A DSM-kritériumokon alapuló *South Oaks Szerencsejáték Kérdőívet* (South Oaks Gambling Screen, SOGS) (Lesieur és Blume, 1987, 1993) a 3.3.7. fejezetben már röviden bemutatam. A 20-tételes mérőeszköz a szerencsejáték-függőség egyik legtöbbet alkalmazott mérőeszköze, amely különböző kultúrákban végzett kutatásokban egyaránt megfelelő validitást és reliabilitást mutatott (Gambino és Lesieur, 2006; Stinchfield és mtsai, 2004a). A SOGS 20 tételének mindegyikére, a válaszkategóriák megfelelő kódolása révén 0 vagy 1 pontot lehet kapni, így a skálán maximálisan 20 pont érhető el. Bár nem diagnosztikus eszközről van szó, a hagyományosan használt határértékek szerint 5 vagy több pont esetén beszélünk patológiás szerencsejátékról, 3–4 pont esetén problémás szerencsejátékról, míg 1–2 pont esetén kevés problémával járó szerencsejátékról.

A SOGS mellett, részben a kérdőív validálása érdekében, részben pont a két eszköz eltérő jellegzetességei miatt, párhuzamosan felvettük a *Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív* (Problem Gambling Severity Index, PGSI) magyar változatát is. A Canadian Problem Gambling Inventory (CPGI) (Ferris és Wynne, 2001) mérőeszközből lett kifejlesztve. A CPGI kialakítása többlépcsős folyamat eredménye. A szerzők áttekintették a vonatkozó szakirodalmat, majd nemzetközi szakértői csoport bevonásával megalkották a problémás szerencsejáték konstruktumának definícióját. A mérőeszköz kialakításának első fázisában a szerzők a problémás szerencsejáték fogalmának tisztázását és operacionalizálását végezték el. A második fázisban a mérőeszköz tesztelése, pszichometria jellemzőinek vizsgálata zajlott (Wynne, 2003). A CPGI első része egy általános képet alkot a kitöltő játékszokásairól (mit és milyen gyakran játszik, játékra fordított összeg), míg a mérőeszköz második része ténylegesen a problémás szerencsejátékot és annak káros következményeit méri fel. A kérdőív ezen része 12 tételből áll, melyből kiemelt kilenc tétel alkotja a PGSI-t. A CPGI és a PGSI is elsősorban normál populációs használatra készültek (Holtgraves, 2009). A PGSI kilenc tétele közül négy a problémás szerencsejátékot, míg öt tétel a szerencsejáték káros következményeit méri. A tételek megválaszolása 0–3-ig terjedő skálán lehetséges (0: soha; 1: néha; 2: gyakran; 3: majdnem mindig). A mérőeszköz tételei egyetlen faktorba rendeződnek.

Fontos megjegyezni, hogy a PGSI és a SOGS tételei között van átfedés. A *SOGS kérdőív* a DSM-IV diagnosztikai kritériumai mentén került kifejlesztésre. A PGSI-ben három tétel (melyek a szerencsejáték következményeit hivatottak mérni) a SOGS-ból lett átemelve. A többi tétel is kapcsolódik azonban a SOGS tételek tartalmi, jelentésbeli rendszeréhez. A mérőeszközök tartalmi hasonlóságát példázza, hogy mindkettő rákérdez arra, hogy a személy kért-e kölcsönt a szerencsejátéka finanszírozásához, azonban a kérdések éppen annyira eltérően vannak megfogalmazva, hogy a jelenség más-más aspektusát ragadják meg. A mérőeszközök a fogadásra feltett pénzösszeggel is foglalkoznak: a SOGS azt kérdezi, hogy a személy magasabb összegben játszott-e, mint ahogy azt *tervezte*, míg a PGSI arra kíváncsi, hogy magasabb összegben fogadott-e a személy, mint ahogy azt az *anyagi keretei engednék*.

A SOGS az utóbbi évtizedekben a leggyakrabban használt mérőeszköz volt a normál populációs kutatások körében is (Abbott és Volberg, 1996; Culleton, 1989; Holtgraves,



2009; Kun és mtsai, 2012; Wiebe, Single és Falkowski-Ham, 2011 ), de mivel eredetileg klinikai célzattal lett kifejlesztve, kritikai szempontok is megfogalmazódtak ilyen irányú alkalmazásával szemben, illetve felmerült, hogy nem veszi kellő mértékben figyelembe a kulturális különbségeket, túlértékelheti a problémás/patológiás szerencsejáték mértékét, illetve túl részletesen foglalkozik a pénz kölcsönkérésének kérdéskörével (Volberg és Young, 2008). Ezek a szempontok is erősítették azt a döntésünket, hogy a kérdőívben mindkét eszközt alkalmazzuk. A PGSI-t ugyan eddig kevés kutatás használta, de ezekben a pszichometriai jellemzői megfelelőek voltak (Ferris és Wynne, 2001; Holtgraves, 2009), továbbá a kérdőív rövideje is alkalmassá tette, hogy alkalmazzuk.

Szintén alkalmazzuk a Stewart és Zack (2008) által kialakított a *Szerencsejáték Motivációja Kérdőívet* (Gambling Motives Questionnaire, GMQ), ezen eszköz azonban nem került elemzésre a disszertációban.

A személyiségjellemzők tekintetében az alább felsorolt kérdőívek teljes mértékben megegyeztek az V. vizsgálatban alkalmazottakkal, azzal a különbséggel, hogy a Contingens Önértékelés skála itt nem került felvételre.

- *Rövid Tünetlista* (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis, 1975; Derogatis és Spencer, 1982).
- Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSES) (Rosenberg, 1965).
- Rövid Szenzoros Élménykeresés Skála (Brief Sensation Seeking Scale, BSSS) (Hoyle és mtsai, 2002).
- WHO *Általános Jól-lét Skála* (Well-Being Index, WBI) (Bech és mtsai, 1996; Susánszky és mtsai, 2006).
- Tíz Tételes Személyiség Kérdőív (Ten Item Personality Measure, TIPI) (Gosling és mtsai, 2003).
- Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) magyar változata (Varga és mtsai, 2013).
- Disszociatív Élmény Skála (Dissociative Experiences Scale, DES-II) (Bernstein és Putnam, 1986; Carlson és Putnam, 1993)

### 3.7 VII. vizsgálat – Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD 2011)

#### 3.7.1 Az ESPAD-kutatások tágabb kontextusa

A napjainkban már széles körben ismert és idézett ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs; *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról*) kutatások előfutára egy 1986 és 1988 között 8 ország részvételével lefolytatott próbafelmérés volt. A felmérést az Európa Tanács Pompidou Csoportjának drogepidemiológiai kutatócsoportja koordinálta, célját pedig egy standardizált mérőeszköz kidolgozásában határozták meg, amely lehetővé teszi a különböző európai országokban a diákkorú népesség alkohol- és egyéb droghasználatának összehasonlítását. Egyes országok ezt megelőzően is végeztek iskolai felméréseket a témában, de a mérőeszközök, a minta és a módszertan különbözősége, valamint a regionális eltérések miatt az eredmények nem voltak közvetlenül összevethetőek. Más országokban ugyanakkor egyáltalán nem álltak rendelkezésre adatok a diákok szerfogyasztásáról. A svédországi

helyzet egyedülálló volt abból a szempontból, hogy ebben az országban már 1971 óta minden évben rendszeresen végeztek iskolai kérdőíves felméréseket. A felmérésekért 1985 óta felelős Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (*Svéd Alkohol- és Kábítószerügyi Információs Tanács*, CAN) 1993-ban – Björn Hibell és Barbro Andersson javaslatát elfogadva – számtalan kutatót keresett meg Európa-szerte, hogy előkészítsen egy közös, párhuzamosan végzendő iskolai felmérés-sorozatot a dohányzás, az alkohol és az egyéb drogok elterjedtségének, és használati jellemzőinek felmérésére vonatkozóan (ESPAD, 2010). A nagyszabású felmérés-sorozat tervezését a Pompidou Csoport és a CAN közösen kezdte meg, amely együttműködésbe később bevonódott a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA; *Drog és Drogfüggőség Európai Megfigyelő Központja*) is (Hibell és mtsai, 2012).

Az erőfeszítések nyomán az első ESPAD-vizsgálat 1995 tavaszán zajlott le 26 országban (Elekes és Paksi, 1996; Hibell és mtsai, 1997), az adatfelvételt pedig azóta is négy évenként megismétlik. Az 1999. évi második adatfelvételben 30 európai ország vett részt (Elekes és Paksi, 2000; Hibell és mtsai, 2000), a 2003-as (Elekes, 2005; Hibell és mtsai, 2004) és 2007-es felvétel (Elekes, 2007, 2009; Hibell és mtsai, 2009) pedig már csaknem valamennyi (35) európai ország részvételével történt. A 2011-es adatfelvételben 37 ország vett részt, Albánia, Lichtenstein és a Man-sziget először – bár az utóbbi végül nem szolgáltatott adatokat –, így azok 36 országból állnak rendelkezésre (Gyepesi, Elekes, Domokos és Demetrovics, 2012; Hibell és mtsai, 2012). Valamennyi ESPAD-kutatást a Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) szervezésében, az Európa Tanács Pompidou Csoportja, valamint az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (*A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja*, EMCDDA) támogatásával végezték.

Az 1995-ben indult és négyévenként ismétlődő ESPAD-kutatások legfőbb célja a szerfogyasztásra vonatkozó összehasonlítható adatok gyűjtése a lehető legtöbb európai országban, azonos életkorú – az adatfelvétel évében 16. életévüket betöltő – diákok körében. A résztvevő országokban az adatfelvétel azonos időszakban, azonos módszertan alapján zajlik. Az adatok a kutatói közösség számára további, mélyebb és részletesebb elemzésekben is felhasználhatók.

A kutatás hosszú távú célja a szerhasználati trendek változásainak monitorozása és a trendek összehasonlítása országok és régiók között. Az ismeretek a későbbi prevenciós tervek és beavatkozások alapjául szolgálnak, illetve a változások ismerete egyes országokban segíthet előre jelezni a jövőben várható változásokat más európai régiókban is. A kutatás további célja, hogy lehetővé tegye a különböző nemzetközi cselekvési tervek és stratégiák értékelését.

### 3.7.2 Az ESPAD-kutatások során alkalmazott standardizált módszertan

Az ESPAD-kutatások célpopulációja az adatfelvétel évében a 16. életévüket betöltő tanulók. A korcsoport kiválasztását az indokolta, hogy egyrészt erre az életkorra a fiatalok már nagy valószínűséggel kapcsolatba kerülnek a vizsgált szerekkel, másrészt ez a korcsoport még valamennyi résztvevő országban elérhető az iskolarendszerben. Az adatfelvételre jellemzően március-áprilisban kerül sor, az adatfelvétel napján az osztályban jelenlévő diákok lekérdezésével. Fontos szempont, hogy az elmúlt havi fogyasztásra

vonatkozó kérdéseknél a válaszadás során a diákok egy átlagos hónapra hivatkozzanak, tehát a felvételt nem előzheti meg olyan ünnep, amely potenciálisan fokozott alkohol- vagy drogfogyasztással jár (Hibell és mtsai, 2009). Az ESPAD kérdőíveket az ajánlások szerint országos reprezentatív, legalább 2400 fős (1200 lány és ugyanennyi fiú) nettó elemszámú mintán kell felvenni. A kérdőív kitöltése csoportos önkitöltős formában történik, melyre egy tanóra áll rendelkezésre. A részvétel önkéntes és névtelen. (Az anonimitás biztosítása érdekében a protokoll javasolja üres borítékok kiosztását is, amelyekbe a válaszadók a kitöltést követően a kérdőívet beletehetik.) Az alkalmazott kérdőív elődjét az Európa Tanács Pompidou Csoportja dolgozta ki az 1986–1988-as próbafelmérésekre. Ez a kérdőív az évek során módosult és bővült az új igényeknek megfelelően. 2003-ban merült fel a kérdőív jelentős módosításának igénye, így 2007-ben már egy új, átdolgozott kérdőív került felvételre. A kérdőív módosítását egy több országra kiterjedő próbakérdézés előzte meg, melynek eredményei megmutatták, hogy a módosítások nem befolyásolják a korábbi évek eredményeivel való összehasonlíthatóságot (Elekes, 2009). A kérdőív fő része minden országban kötelezően használandó alapkérdésekből (*core questions*) áll. Emellett számos modul és opcionális kérdés is rendelkezésre áll, melyeket az országok tetszés szerint felhasználhatnak.

Ezen túlmenően, minden országnak lehetősége van egyedi, az adott ország érdeklődésére számot tartó kérdések felvételére, azzal a feltétellel, hogy azok ne befolyásolják negatívan a diákok válaszadási hajlandóságát, és ne terheljék túl a kérdőívet. Az eredeti angol nyelvű kérdőívet standard módon kell az adott ország nyelvére lefordítani, majd visszafordítani angolra. A fordítás során figyelembe kell venni a helyi kontextust (pl. bizonyos szerek utcai elnevezése), és a megfogalmazásokat a lehető legjobban kell a kulturális kontextushoz igazítani (Hibell és mtsai, 2009, 2012). Az egyes országok adatait 2007 óta egységesen egy közös adatbázisban is feldolgozzák, az eredményeket pedig a nemzetközi jelentésben (*International Report*) mutatják be. Az ESPAD kutatók számára elérhető a teljes nemzetközi adatbázis, ez alapján pedig számtalan részletes elemzést is közzétesznek, melyek szabadon letölthetők a [www.espad.org](http://www.espad.org) weboldalról (ESPAD, 2010). A 2011-es adatok 2012. május 31-től érhetőek el az oldalon.

### 3.7.3 A 2011-es magyarországi ESPAD-kutatás lépései

A 2011-es ESPAD-felmérés<sup>10</sup> célcsoportja az 1995-ben született tanulók voltak, akik az adatfelvétel évében töltötték be 16. életévüket. A kutatás a nappali tagozatos normál iskolai képzésben résztvevőkre terjedt ki, és nem vonatkozott a tanulási rendellenesség, szellemi vagy fizikai korlátozottság miatt speciális oktatásban résztvevőkre. A mintavételi protokollnak megfelelően a mintakeret részét képezte minden olyan osztály, ahol legalább 10% volt az 1995-ben születettek aránya. A 2009/2010. évi statisztikák alapján a célpopuláció 56,4%-a 9. évfolyamon, 32,1%-a 10. évfolyamon tanult. A 8. évfolyamon

<sup>10</sup> A kutatás a Budapesti Corvinus Egyetem, Elekes Zsuzsanna kutatásvezető vezetésével és az ECHO Survey Szociológiai Kutatóintézet (Domokos Tamás), illetve az ELTE Pszichológiai Intézet Klinikai Pszichológiai és Addiktológia Tanszékének (Demetrovics Zsolt) közreműködésével zajlott. A kutatást az OTKA (K81353), valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont támogatta.

csupán a célcsoport 7%-a tanult, ám a korábbi évek eredményeivel való összehasonlíthatóság kedvéért egy kisebb, 761 fős 8. osztályos minta is bekerült az adatfelvételbe. Mindent összevéve az iskolában tanuló 16 éves népesség 95,5%-a, a teljes 16 éves populáció 95,3%-a volt elérhető az adatfelvétel idején (Elekes, 2012; Elekes és Domokos, 2011).

A minta reprezentatív volt az iskolatípusra, évfolyamra és földrajzi régióra nézve is. A rétegzett véletlen mintavételi eljárás során a rétegzés régió (Központi Régió, Keleti Régió, Nyugati Régió), évfolyam (8., 9., 10.) és az osztály típusa szerint történt (általános iskola, gimnázium, szakközépiskola és szakiskola). A 9. és 10. évfolyammal szemben a 8. évfolyamos osztályok szándékolatlan alulreprezentáltak voltak a mintában, mivel a célcsoport aránya ebben az évfolyamban nem érte el a reprezentatív mintavétel kritériumaként előírt 10%-ot, ám a korábbi évek tapasztalata miatt szükség volt kiegészítő információhoz jutni ebből a célcsoportból is. A minta kiegészült a budapesti iskolák 11–12. évfolyamának reprezentatív mintájával is.

Az osztályok rétegzett, véletlen mintavételi eljárással kerültek kiválasztásra, az alapsokaságot a 2010/2011-es KIR-STAT (Közoktatási Információs Iroda) adatbázisa biztosította a mintakiválasztáshoz. A mintavételi keret összeállítása után a mintavételi hiba csökkentése érdekében az iskolai osztályok egymással át nem fedő, homogén alcsoportokba lettek sorolva. Az osztályok a régió (Közép, Kelet, Nyugat), az iskolai évfolyam (8., 9. és 10. évfolyam) és az iskolatípus (általános iskola, gimnázium, szakközépiskola, szakiskola) mentén kerültek felosztásra. A felosztás alapján elméletileg 36 csoport jött létre, melyből 12-be nem került osztály, mert nem volt például 8. évfolyamos szakiskolai, vagy 9. és 10. évfolyamos általános iskolai osztály az országban. Az osztályok ezáltal 24 csoport (réteg) valamelyikébe kerültek. A 24 csoportból véletlenszerűen történt a mintába került osztályok kiválasztása, az adott mintavételi egység nagyságának megfelelően. Csökkenő mintavételi eljárás került alkalmazásra, azaz a kieső osztályok torzító hatású pótlására nem került sor. Összesen 378 iskolai osztály került kiválasztásra, amelyből 58 osztály utasította vissza a részvételt; leggyakrabban a megnövekedett adminisztratív terhelésre és a különböző iskolai kutatások nagy számára hivatkozva. A visszautasítás aránya magasabb volt a fővárosban és a szakközépiskolák körében. A fővárosban kiválasztott 65 osztályból 50 vállalta a részvételt, így 1115 fő megkérdezésére került sor, amelyből 1109 érvényes kérdőív adódott. A legtöbb esetben az iskolák együttműködési készsége jó volt. A kutatás során elért válaszoló diákok száma 7437 fő volt, közülük 3069 fő született 1995-ben. Az adattisztítást követően a 8–10. évfolyamosak mintája 7376 főből állt, a 16 évesek mintája pedig 3063 fő lett. A mintavételi hiba a teljes 8–10. évfolyamos populációra vonatkozó becslésnél  $\pm 0,2$ – $1,14$  százalék, a 16 éves mintára  $\pm 0,45$ – $1,8$  százalék binomiális változókra adott válaszok esetében a megoszlás arányától függően.

Az adatokat a mintabeli csoportok mintakiesés miatti eltéréseit kiegyenlítő súlyozni volt szükséges. A standard hibák kiszámítására a Taylor-féle sorozatbecslési módszert (*series approximation method*) használva a súlyozott minta esetében megfelelő szignifikancia-teszteléseket hajtottuk végre.

### 3.7.4 Az adatfelvétel

Az iskolák megkeresése 2011 februárjában zajlott. Az intézmények az igazgatóknak címzett levélben lettek felkérve a kutatásban való közreműködésre. Az adatgyűjtést professzionális adatgyűjtő cég végezte az iskolától független, külső kérdezőbiztosok közreműködésével 2011. március 1. és 20. között. Az adatgyűjtés ideje alatt tanár nem volt jelen a tanteremben, csak a kérdezőbiztos. A diákok által kitöltött kérdőíveket egy közös borítékba gyűjtötték, majd az utolsó kérdőív beérkezése után az asszisztens az osztály szeme láttára lezárta a borítékot, melyet csak a vezető kutató nyithatott ki. A kitöltési idő 7 perc és 80 perc között változott a teljes mintában, és a többség számára elegendő volt a kijelölt 45 perces időkeret. A résztvevők összesen 0,5%-a utasította vissza direkt módon a részvételt a kutatásban (12 osztályban 41 diák). Az adatfelvevők szerint az osztályok 91,7%-ában a tanulók komolyan vették a feladatot, és komolyan dolgoztak rajta. Értékelésük alapján az osztályok mindössze 4,3%-a találta nehéznek a kérdőív-kitöltést, míg a többség szerint „se könnyű, se nehéz” (29,9%), könnyű (46%) vagy nagyon könnyű (19,8%) volt.

A kódolók egyenként értékelték a 7437 beérkezett kérdőívet, és 17-et ítélték teljesen megbízhatatlannak a sok megválaszolatlan kérdés, a sok inkonzisztens vagy irreális válasz alapján. A további adattisztítás során az adatbázisból eltávolították azokat a kérdőíveket, ahol:

- A kitöltő nem jelölte be a nemét: 34 kérdőív esetében (0,5%)
- A kötelezően megválaszolandó kérdések több mint fele megválaszolatlan maradt: 8 kérdőív esetében (0,1%)
- A kérdések több mint felére szélsőséges választ adott a kitöltő: 41 kérdőív esetében (0,6%)

Össességében a teljes minta 0,96%-a, a 16 évesek mintájának 0,23%-a bizonyult megbízhatatlannak, és került ki az adatbázisból.

A megbízhatóság és érvényesség tesztelésére számos mutatót alkalmaz az ESPAD módszertani protokoll. A megbízhatóság tekintetében ilyen (i) az *inkonzisztencia az életprevalencia-értékekben* és (ii) az *inkonzisztencia kvóciens*, míg az érvényesség tekintetében (i) a *kitöltés körülményei*, (ii) a *bevallási hajlandóság* megkérdezése a kannabisz esetében, (iii) a *logikailag inkonzisztens válaszok aránya*, (iv) a *színeli szerhasználat vizsgálata*, valamint (v) az *őszinte válaszadásra vonatkozó kérdés*. Mindezek alapján a magyar nyelvű kérdőív kidolgozásának folyamatát, a reprezentatív mintavételi eljárást, az adatfelvételt, adattisztítást és az adatok minőségét áttekintve a 2011-es évi nemzetközi ESPAD jelentés szerzői is arra a következtetésre jutottak, hogy a magyarországi adatok reprezentatívak és magas minőségűek (Hibell és mtsai, 2012).

### 3.7.5 Eszközök

Az eredeti angol nyelvű kérdőív fordítása az ESPAD-protokoll szerint készült: először a kutatásvezető készített egy magyar fordítást, melyet egy független fordító fordított vissza angolra, az eltéréseket pedig közösen értékelte a kutatás vezetője és a fordító. Speciális kulturális módosításokra nem volt szükség. A vizsgálat kérdőíve tartalmazta az összes központi kérdést, kivéve a cider-fogyasztásra vonatkozókat, mert ez a típusú ital még

kevésbé volt elterjedt a vizsgálat idején. A választható modulok (A – Integráció, B – Pszichoszociális, C – Deviancia, D – Kannabisz-használat) közül a B modul (MB1-MB6 tételek, a kérdőívben a 47., 48., 49., 50., 51. és 52. számú kérdések) került felvételre, valamint az opcionálisan választható O1.1–O1.6., O1.8. és az O3.1–O3.13. kérdések, melyek a marihuána hozzáférhetőségére vonatkoznak. A kötelező és választható ESPAD kérdéseken túl további 57 kérdéssel is kiegészült a hazai kérdőív; amelyek néhány kivételtől eltekintve a viselkedési addikciókra vonatkozó kérdések voltak. Ezek

- A család lakhelyére vonatkozó kérdés.
- A C31-es kérdés kiegészült a *más opiátokra (máktea, máktej, lengyel kompót), patronra/lufira,,,mefedronra (Kati, mefi, Zsuzsi) és egyéb drogokra* vonatkozó kérdésekkel.
- A 8. évfolyamosoknál és a szakiskoláknál az online játékokra vonatkozó kérdések.
- Gimnáziumokban és szakközépiskolákban pedig szintén az online játékokra, továbbá az evészavarra, az internethasználatra, valamint a szerencsejátékokra vonatkozó kérdések.

A kérdőív végső változata 294 tételből állt, ami enyhén az ESPAD országok átlaga feletti érték. A kérdőív próbakitöltése során kiderült, hogy a 8. évfolyam és a szakiskolák tanulóinak számára túl hosszúnak bizonyult a kérdőív, és nem volt tartható az előirányzott 45 perces időkeret. Ezért ebben a két osztálytípusban csak az online játékokra vonatkozó kérdést kérdeztük, a szerencsejátékokra, evészavarra és internethasználatra vonatkozó kérdés a körükben nem került felvételre.

#### 3.7.5.1 A viselkedési addikciókra vonatkozó kérdések

Az alábbi kérdések nem képezték részét egyik ESPAD modulnak vagy opcionális kérdésnek sem, hanem kizárólag Magyarországon, kerültek a tesztbattériába.

Az *online játékokkal* kapcsolatos problémákat a Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ) (Demetrovics és mtsai, 2012) (lásd még 3.4.2 és 4.2 fejezet) korábban még nem alkalmazott, 12-tételes rövidített változatával mértük. Az eredeti 18 tételből kivettük a legalacsonyabb faktorsúlyokkal jellemezhető tételeket. A hatfaktoros struktúra így megmaradt. A *belefeledkezés* és a *megvonás* faktorokon az eredeti 4 tételből 2 tételt hagytunk meg; a *túlhasználat* és a *társas izoláció* faktorok esetében pedig az eredeti 3 tételből 2 tétel maradt a kérdőívben. Az *interperszonális konfliktus* és az *obszesszió* faktorokhoz tartozó eredeti 2-2 tétel nem változott. Ezáltal a rövidített változatban a hat faktor mindegyikéhez 2 tétel tartozik. A POGQ alkalmazása mellett rákérdeztünk az online játszás típusára, gyakoriságára, valamint az erre fordított időmennyiségre.

A *problémás internethasználatot* tekintve szintén rákérdeztünk az internethasználat néhány fő jellemzőjére általánosságban (használt fő funkciók, időráfordítás), illetve felvettük a Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) (Demetrovics és mtsai, 2004) rövidített, 6-tételes változatát, amely korábban szintén nem került még alkalmazásra. A 6-tételes változat skálánként 2-2 tételt tartalmaz. Az obszesszió skálát az eredeti 18-tételes változat 7. és 13. tételéből; az elhanyagolás skálát az 5. és 14. tételéből; a kontrollzavar skálát pedig a 6. és 9. tételből alakítottuk ki. Ezzel a mérőeszközzel korábbi eredmények még nem állnak rendelkezésre.

*Evészavarok.* A SCOFF (Morgan, Reid és Lacey, 1999b) a problémás alkoholhasználatot vizsgáló CAGE (Ewing, 1984), alapján létrehozott rövid, könnyen felvehető teszt az evészavarok szűrésére. A szerzők betegek és szakértők segítségével, fókuszcsoport módszerrel 5 kérdést fogalmaztak meg, amelyek az anorexia nervosa és a bulimia nervosa központi tüneteire vonatkoznak. A „SCOFF” rövidítés az eredeti, angol nyelvű kérdések tartalmából adódott (*Sick* – Meghánytatod magad, mert kellemetlenül tele vagy?; *Control* – Aggódsz amiatt, hogy elvesztetted a kontrollt afölött, hogy mennyit eszel?; *One* – Fogytál-e 5 kg-nál többet az elmúlt három hónapban?; *Fat* – Kövérnek érzed magad, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány vagy?; *Food* – Elmondhatod-e magadról, hogy az étel uralja az életed?). Az 5 kérdés mindegyikére igen/nem válasz adható, minden igen válasz 1 pont; és 2 vagy több pont az anorexia vagy bulimia nervosa lehetőségét veti fel. A SCOFF nem diagnosztikus célú, hanem szűrőeszköz. 116 anorexiás és/vagy bulimiás nőbeteg bevonásával végzett vizsgálatukban 2-es cut-off mellett a szerzők 100%-os szenzitivitást találtak a két zavarra együttvéve és külön-külön is, míg a specificitás 87,5% volt (Morgan és mtsai, 1999b). A kérdőívet több nyelvre lefordították, és validitásvizsgálatát elvégezték francia (Garcia és mtsai, 2011; Garcia és mtsai, 2010), német (Berger és mtsai, 2011), olasz (Pannocchia, Fiorino, Giannini és Vanderlinden, 2011), spanyol (Rueda és mtsai, 2005) és finn (Lahteenmaki és mtsai, 2009) nyelvi környezetben is. Az eredmények minden esetben alátámasztották a SCOFF megbízhatóságát és érvényességét.

A szerencsejáték problémát illetően a 2011-es ESPAD-felmérésben rákérdeztünk a fiatalok által használt egyes szerencsejáték-típusokra, külön az internetes szerencsejáték lehetőségére, valamint felvettük a DSM-IV-MR-J (Fisher, 1999) kérdőívet, amely az elmúlt évi problémás szerencsejátékot vizsgálja serdülőknél. A 9-tételes mérőeszköz először került alkalmazásra magyar mintán. A patológiás (kóros) szerencsejáték azonosítására szolgáló, a fiatalok számára átdolgozott DSM-IV kritériumok alapján hozták létre a 12 tételes, igen/nem válaszlehetőségeket felkínáló DSM-IV-J kérdőívet (Fisher, 1992) (a „J” a *juvenile*-t, azaz fiatal jelzi), melyet több kutatásban is alkalmaztak. A tapasztalatok alapján készült el a kérdőív módosított változata, a DSM-IV-MR-J (Fisher, 1999). (Az „MR” a *multiple response* rövidítése, ami a tételenkénti több válaszlehetőségre utal.) Az új mérőeszköz a szerző meghatározása szerint nem a patológiás szerencsejátékot méri, mert az csak klinikai környezetben diagnosztizálható, ezért a DSM-IV-MR-J a *problémás játék* azonosítására szolgál (Fisher, 2000a).

A kérdőív 9 tétele a problémás szerencsejáték 9 meghatározó jellemzőjére vonatkozik: belefeledkezés, növekvő tolerancia, csökkentés vagy abbahagyás kísérletére jelentkező megvonási tünetek, játék mint a problémák vagy negatív hangulat elől való menekülés eszköze, veszteség utáni vadászat (kísérlet a visszanyerésre), hazugság, illetve illegális/antiszociális cselekedetek a szerencsejátékkal összefüggésben, kontrollvesztés, és a kapcsolatok és iskolai előmenetel károsodása (Fisher, 1999). A kérdőív egyfaktoros struktúráját és pszichometriai megbízhatóságát több európai országban, így az Egyesült Királyságban (Fisher, 2000a), Izlandon (Olason, Sigurdardottir és Smari, 2006) és Litvániában (Skokauskas, Burba és Freedman, 2009) is igazolták már.

### 3.8 VIII. vizsgálat – A Problémás Internethasználat Kérdőív kínai validálása

#### 3.8.1 Minta és eljárás

A vizsgálatban<sup>11</sup> résztvevő egyetemisták négy pekingi egyetemről kerültek ki. A diákok előzetes rövid szóbeli tájékoztatás után az előadásuk megkezdése előtt töltötték ki a kérdőíveket. A kérdőív kitöltése önkéntes volt, a kutatásban motivációs ajándékot nem alkalmaztunk. A vizsgálat önkitöltős, papír-ceruza kérdőívekből állt, amelyek kitöltését egy írásos tájékoztató szöveg elolvasása, illetve a beleegyező nyilatkozat aláírása előzte meg. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte. Összesen 807 fő töltötte ki a kérdőívet, azonban a 10%-ot meghaladó hiány miatt 39 személy adatait kizártuk. A végső minta így módon 768 fő (542 nő, 226 férfi). Az átlagéletkor 20,6 év volt (SD=1,56).

#### 3.8.2 Eszközök

*Interneten töltött idő.* Korábbi kutatások tapasztalatai alapján külön kérdeztünk rá a tanulmányok vagy munka, illetve az egyéb okok miatt az interneten töltött idő hosszára.

*A problémás internethasználatot* egyrészt a PIUQ 9-tételes, rövidített változatával mértük (Demetrovics és mtsai, 2008; Koronczai és mtsai, 2011).

Másrészt, a *Chinese Internet Addiction Inventory* (CIAI) (Huang és mtsai, 2007) felvételére is sor került, ami a konkurrens validitás méréséhez volt szükséges. A mandarin nyelvű kérdőívet kínai egyetemista mintán fejlesztették ki, így jelen kutatási környezetben indokoltnak tűnt az alkalmazása. A kérdőív 31 tétele három faktorba rendeződik, melyek a *Hangulatmódosítás* (Mood modification), amit a szerzők a hangulat befolyásolására tett kísérletként, részben az eszképzizmussal, mint megküzdési stílussal hoznak összefüggésbe, a *Függőség* (Dependence), amelyet a szerzők a toleranciával, a belefeledkezéssel és a megvonási tünetekkel kapcsolnak össze, valamint a *Konfliktusok* (Conflicts), ami negatív következményekhez, a szalienciához és a visszaeséshez köthető. A kitöltőnek 5-fokú Likert skálán kell megítélnie, hogy az egyes állításokat milyen gyakran érzi igaznak magára vonatkozóan. Az alsóskálák belső konzisztenciája a mintán magas volt; 0,91 a Konfliktus, 0,79 a Hangulatmódosítás, 0,81 a Függőség és 0,93 a teljes skála esetében.

---

<sup>11</sup> A Kínában zajló adatfelvételt Koronczai Beatrix koordinálta, amelyhez a számára a Science and Technology Fellowship Programme China ösztöndíj program nyújtott segítséget.



### 3.9 IX. vizsgálat – Speciális populációs adatfelvétel a kényszeres vásárlásról

A kényszeres vásárlókkal végzett speciális populációs adatfelvétel<sup>12</sup> célja és jórészt módszertana is megegyezett a testedzésfüggőséggel (V. vizsgálat), illetve a szerencsejátékkal (VI. vizsgálat) kapcsolatos kutatásoknál leírtakkal. Ebben az esetben is arról volt szó, hogy a normál populációban alacsony prevalenciájú jelenséget, fókuszáltabb, speciális populáción is akartuk vizsgálni.

#### 3.9.1 Minta és eljárás

A célpopulációt felnőtt (18 évesnél idősebb) a nagy plázákban vásárló személyek jelentették, azaz az életkoron túl semmilyen külön megszorítást nem alkalmaztunk. A célpopuláció megkeresése ennek megfelelően három fővárosi és egy győri plázában történt. Budapesten, három olyan plázát választottunk, amelyekről korábbi vizsgálataink alapján (Demetrovics, Paksi és Düll, 2009; Düll, Demetrovics, Paksi, Felvinczi és Buda, 2006) tudtuk, hogy eltérő vásárlóközönséggel, jellegzetességekkel bírnak.

Összesen 155 adatfelvételi alkalom történt 2012 áprilisa és novembere között a négy plázával egyeztetett időpontokban. Az időpontokat az egyeztetések során úgy alakítottuk ki, hogy a nyitva tartást teljes egészében fedje. Az adatfelvétel során a kérdezők a bejáratoknál helyezkedtek el, s 79 alkalommal mindenkit, aki befelé, 76 alkalommal, mindenkit, aki kifelé tartott a plázából megszólítottak, s felkértek a kutatásban való részvételre. Ily módon összesen 31.878 személyt próbáltunk bevonni a kutatásba. Közülük 7751 fő vagy 18 év alatti volt vagy nem beszélt magyarul. A fennmaradó 24.127 személyből 6580 nem vette fel a kapcsolatot a kérdezővel, hanem továbbhaladt, míg 13.185 személy megállt ugyan, s meghallgatta a kérésünket, de nem vállalta a kutatásban való részvételt. Ily módon 4362 személy járult hozzá a vizsgálatban való részvételhez, s adta meg az e-mail címét.

Számukra, 24 órán belül elküldtünk egy egyéni kódot, amellyel beléphettek a kérdőíves felületre. Amennyiben a kérdőív kitöltése nem történt meg az adott kódon vagy befejezetlen maradt, úgy egy hét, majd szükség esetén két hét múlva figyelmeztető e-mailt küldtünk. A harmadik alkalom után azonban már nem kerestük a személyt. A 4362 e-mailből 377 cím nem volt megfelelő, míg 2544 személy nem reagált a megkeresésünkre. Összesen tehát 1441 fő kezdte el kitölteni a kérdőívet, azonban 190 fő csak néhány alapadatot adott meg, s aztán felhagyott a kitöltéssel. Ily módon 1251 érvényes kérdőívet gyűjtöttünk.

Mintánk 63%-át (n=784) nők alkották. Az átlagéletkor 30 év (SD=12,2 év) volt, a legfiatalabb személy 18 éves, a legidősebb válaszoló 77 éves volt. A többség, a minta 92%-a befejezett középiskolai vagy főiskolai/egyetemi végzettséggel rendelkezett. Önmagukat átlagosnál valamivel rosszabb anyagi körülmények élőknek vallották (a skálapontértékek átlaga 3,65 volt, ahol 7 = a legszegényebbek és 1 = a leggazdagabbak). Az adatgyűjtés idején a magyar átlagjövedelem 143 000 Ft volt, ami azt jelenti, hogy a résztvevők körülbelül 61%-a élt az átlag színvonal alatt és 37% e fölött (2% nem számolt be a jövedelméről). A minta tagjainak közel fele dolgozott fél- vagy teljes állásban. 478 fő (38,2%) járt el vásárolni legalább hetente egyszer (3.9–1. táblázat).

<sup>12</sup> A kutatást az OTKA K83884 számú pályázata támogatta. Kutatásvezető Demetrovics Zsolt; a kutatásban közreműködött Eisinger Andrea, Farkas Judit, Hende Borbála, Kun Bernadette és Maráz Anikó. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.

3.9–1. táblázat A minta demográfiai jellemzői (IX. vizsgálat)

Változók		Teljes minta (N=1251)	Férfiak (N=467)	Nők (N=784)
Életkor	átlag	30,31	31,32	29,73
	szórás	12,22	12,52	12,01
	minimum	18	18	18
	maximum	77	77	71
	18–24 (%)	45	39	48
	25–34 (%)	27	32	25
	35–44 (%)	14	15	13
	45–54 (%)	7	6	7
	55–64 (%)	5	5	5
	65+ (%)	2	3	2
Legmagasabb iskolai végzettség (%)				
	általános iskola	5	3	7
	szakiskola	4	6	2
	érettségi	49	48	49
	felsőfokú végzettség	43	43	43
Bevétel (Ft) (%)				
	kevesebb, mint 50 000 Ft	23	21	24
	50 001–100 000 Ft	20	17	22
	100 001–150 000 Ft	18	17	20
	150 001–200 000 Ft	15	16	14
	200 001–300 000 Ft	12	14	12
	300 001–400 000 Ft	5	7	3
	400 001–500 000 Ft	3	4	2
	több mint 500 000 Ft	3	5	1
	nincs adat	2	1	2
Szubjektív szocioökonómiai státusz (7-fokú skála, ahol 1 = nagyon kedvező)		3,65	3,56	3,70
Családi állapot (%)				
	egyedülálló	37	41	35
	kapcsolatban	32	33	32
	együttélés	7	4	8
	házas	18	18	19
	elvált vagy özvegy	6	5	6
	nincs adat	1		1
Munka (%)				
	teljes időben	45	54	40
	félállás	4	3	5
	kevesebb, mint félállás	11	11	12
	munkanélküli	40	33	44

Változók		Teljes minta (N=1251)	Férfiak (N=467)	Nők (N=784)
Milyen gyakran vásárol szabadidejében? (%)				
	soha	2	4	1
	évente vagy ritkábban	2	3	2
	néhányszor egy évben	21	25	19
	legalább havonta	37	30	41
	legalább hetente	31	32	31
	naponta	7	6	7

### 3.9.2 Eszközök

A szociodemográfiai változók és a szerhasználat tekintetében a IV., V. és VI. vizsgálatnál bemutatott kérdéseket alkalmaztuk jelen vizsgálatban is (lásd 3.4.2. fejezet és 8.2. melléklet).

A vásárlási szokásokkal kapcsolatosan rákérdeztünk, hogy a személy milyen gyakran vásárol különböző termékeket, illetve mennyi pénzt költ a különböző termékek vásárlására. Szintén rákérdeztünk, hogy mennyi időt tölt nézelődéssel, milyen gyakran vett fel áruhitelt vagy fut mínuszba a hitelkártyájával, és kitértünk az online vásárlással kapcsolatos szokásaira és véleményére is.

A kényszeres vásárlás mérésére három eszközt is alkalmaztunk.

A *Kényszeres Költség Skála* (Compulsive Spending Scale, CSS, Edwards, 1993) Faber és O'Guinn (1992) skáláján alapulva lett kifejlesztve, s annak a mérésére szolgál, hogy a személy mennyire mutat kényszeres jellemzőket a vásárlási viselkedésében. A 29 tétel 5-fokozatú Likert skálán kell értékelni. A szerzők a 29 tétel elemzése alapján egy ötfaktoros modellt találtak (Tendency to spend, Compulsion/Drive to spend, Feelings about shopping and spending, Dysfunctional spending, Post-purchase guilt), s a tételek számát 13-ra javasolták redukálni. Mivel azonban ez a struktúra, illetve a 13-tételes verzió később nem volt vizsgálat tárgya, így jelen kutatásban az eredeti 29 tétel felvétele mellett döntöttünk. A skálához nem tartozik határérték, amely elkülönítené a problémás/kényszeres, illetve problémamentes vásárlókat.

A *Vásárlási Viselkedés Kérdőív* (Questionnaire About Buying Behavior, QABB) (Lejoyeux és Ades, 1994; Lejoyeux, Tassain, Solomon és Ades, 1997) a vásárlás impulzív aspektusaira, illetve ennek következményeire fókuszál. A skálát McElroy és munkatársai (1994) kritériumrendszere alapján fejlesztették ki, figyelembe véve klinikusok és hozzátartozók tapasztalatait is. A QABB 19 tételt tartalmaz, amelyeket diszotóm skálán (igen-nem) kell megítélni. Minden igen válasz 1 pontot ér, s a szerzők 10 vagy több pont esetén javasolják a kompulzív vásárlás megítélését (Lejoyeux és mtsai, 2007), bár klinikai validitás híján a skála inkább a tendencia méréseként értelmezhető (Billieux és mtsai, 2008).

A *Kényszeres Vásárlás Skála* (Compulsive Buying Scale, CBS) (Ridgway, Kukar-Kinney és Monroe, 2008) azon a koncepción alapul, hogy a kényszeres vásárlás mind az impulzív (impulzuskontroll-zavar), mind a kompulzív zavarok (obszesszív-kompulzív zavar) jellegzetességeit magában hordozza, hiszen olyan tünetek jellemzik, mint a vásárlás körüli gondolati elfoglaltság, kényszer, a viselkedés a szorongás csökkenéséhez vezet, a vásárló ugyanakkor híján van a kontrollnak, nem tud ellenállni a vásárlási impulzusnak. A szerzők eredetileg a szakirodalom áttekintése, újságcikkek és tapasztalatok alapján egy 121 tételes

listát alakítottak ki, amelyet aztán szakértők 15 tételre redukáltak, majd 352 egyetemistán teszteltek. A végső skála 6 tételes és két faktorból áll, amelyek a *kényszeres vásárlás* (Obsessive–compulsive buying) és az *impulzív vásárlás* (Impulsive buying). A kérdőív 555 főn történt validálása megfelelő eredményeket mutatott. A tételeket egy 7-fokú Likert skálán kell megítélni (1 = soha, 7 = nagyon gyakran), és 25 vagy annál több pont esetén beszélhetünk kényszeres vásárlóról.

A személyiségjellemzők tekintetében az alább felsorolt kérdőívek teljes mértékben megegyeztek az V. vizsgálatban alkalmazottakkal.

- *Rövid Tünetlista* (Brief Symptom Inventory, BSI) (Derogatis, 1975; Derogatis és Spencer, 1982).
- Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSES) (Rosenberg, 1965).
- Rövid Szenzoros Élménykeresés Skála (Brief Sensation Seeking Scale, BSSS) (Hoyle és mtsai, 2002).
- WHO *Általános Jól-lét Skála* (Well-Being Index, WBI) (Bech és mtsai, 1996; Susánszky és mtsai, 2006).
- Tíz Tételes Személyiség Kérdőív (Ten Item Personality Measure, TIPI) (Gosling és mtsai, 2003).
- Barratt Impulzivitás Skála (Barratt Impulsiveness Scale; BIS-11) magyar változata (Varga és mtsai, 2013).
- Disszociatív Élmény Skála (Dissociative Experiences Scale, DES-II) (Bernstein és Putnam, 1986; Carlson és Putnam, 1993)
- Contingens Önértékelés Skála (Contingent Self-Esteem, CSES) (M. Johnson és Blom, 2007)

## 4 EREDMÉNYEK

A következőkben a fent bemutatott kilenc adatfelvételen végzett egyes elemzések eredményeit fogom bemutatni. Mint jeleztem azonban, az eredmények közlésében nem a vizsgálatok szerint, hanem az egyes viselkedési addikciók szerint haladok. Ily módon ez a rész hat fő fejezetre bomlik az egyes viselkedési addikciók szerint. Elsőként a problémás internethasználattal, ezt követően az online játszással, majd a testedzésfüggőséggel, a problémás és patológiás szerencsejátékkal, s végezetül a munkafüggőséggel és a kényszeres vásárlással foglalkozom. Ahogy korábban is jeleztem az egyes viselkedési addikciókkal változó részletességgel foglalkozom. Valamennyi jelenség esetében bemutatom a mérésére kialakított vagy adaptált mérőeszköz vagy mérőeszközök főbb pszichometriai jellemzőit, s a vele szerzett tapasztalatokat. Ezen eredmények a mérési standardítás szempontja mellett elsősorban abból a szempontból érdekesek, hogy az egyes jelenségek természetére, tünettanára vonatkozóan hordoznak empirikus adatokból nyert információt. Több olyan jelenséggel foglalkozom itt, amelyek korábbi leírása nem, vagy csak részben empirikus alapokon nyugszik, s így módon a feltárt faktorok nem pusztán a mérést, hanem a jelenség főbb komponenseinek megismerését is szolgálják. A klinikai, terápiás tapasztalatok mellett, végső soron ezen elemzések segíthetnek abban, hogy megértsük ezen jelenségek természetét, összetevőit. Ezen elemzések mellett, illetve a kialakított mérőeszközök segítségével közlöm a főbb prevalenciaadatokat, illetve néhány esetben olyan, a háttér tényezőkre vonatkozó elemzéseket, amelyek a feltárt komponensekért felelős pszichológiai dimenziók megismerését segítik.

### 4.1 Problémás internethasználat

#### 4.1.1 A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) kialakítása és főbb jellemzői (I. vizsgálat)

A *Problémás Internethasználat Kérdőív* (PIUQ) kialakítására az I. vizsgálat keretében került sor. A 3.1.2. fejezetben leírt módon kialakított 30-tételes listát első lépésben aszerint vizsgáltuk, hogy milyen arányban fordult elő, hogy az adott tételt nem válaszolták meg a vizsgálati személyek. A legmagasabb arányban (5,1%) meg nem válaszolt tétel a 6. tétel volt (*Milyen gyakran kapsz rossz jegyet, vagy hanyagolod el a tanulást az internetezés miatt?*), míg a 3. tétel (*Milyen gyakran választod az internetezést a partnereddel való együttlét helyett?*) esetében 1,4% nem adott választ. Az összes többi tétel esetében kevesebb, mint 10 esetben (<1%) fordult elő, hogy nem született válasz.

A 30 tételen elvégzett reliabilitásanalízis alapján kapott Cronbach-alfa 0,911, ami jelezte, hogy a tételek egy irányba mérnek. Az egyes tételek a többi tétellel való korrigált korrelációja (corrected item-total correlation) 0,26 és 0,66 között változott. Mindazonáltal 0,3 alatti korreláció összesen két esetben fordult elő: a 7. tétel esetében 0,26 (*Milyen gyakran nézed meg, hogy kaptál-e e-mailt, mielőtt bármi más szükségeset csinálnál?*), illetve a 23. tétel esetében 0,29 (*Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kéne kérned internethasználatod miatt?*).

Ezt követően a 30 tételen varimax rotációs faktoranalízist végeztünk. Az analízis során négyfaktoros, illetve háromfaktoros megoldás született. Előbbi esetben az első három faktor megegyezett a háromfaktoros megoldás faktoraival, megjelent azonban egy mindösszesen három tételt tartalmazó negyedik faktor is. Mivel azonban ezen tételek egyrészt tartalmilag nem jeleztek önálló komponenst, másrészt magas súllyal szerepeltek az első három faktor valamelyikén, így a háromfaktoros megoldás alkalmazása mellett döntöttünk. A három faktor összesen a variancia 41,962%-át magyarázta (4.1–1. táblázat).

4.1–1. táblázat A 30 tételen elvégzett varimax rotációs faktoranalízis eredménye

	1. faktor Obszesszió	2. faktor Elhanyagolás	3. faktor Kontroll-zavar	Kommunalitás <sup>13</sup>	Korrigált item-totál korreláció
27. Milyen gyakran ábrándozol az internetről?	<b>,789</b>		139	,644	<b>,5327</b>
15. Amikor nem vagy az interneten, milyen gyakran fantáziálsz az internetről, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most internetezni?	<b>,752</b>	,198	143	,626	<b>,6067</b>
25. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretted volna?	<b>,693</b>	,242	222	,589	<b>,6367</b>
28. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni?	<b>,669</b>	,321	135	,569	<b>,6296</b>
20. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre?	<b>,633</b>	,256	217	,513	<b>,6033</b>
12. Milyen gyakran foglalkoztat a gondolat, hogy az életed internet nélkül üres, unalmas és örömtelen lenne?	<b>,631</b>	,407		,568	<b>,6239</b>
26. Milyen gyakran álmodsz az internettel?	<b>,630</b>		132	,417	<b>,3826</b>
11. Milyen gyakran kapod magad azon, hogy már azt várod, amikor újra internetezni fogsz?	<b>,618</b>	,424	129	,579	<b>,6624</b>
10. Milyen gyakran tereled el a figyelmedet életed zavaró gondolatairól az internet megnyugtató világával?	<b>,480</b>	,375	199	,411	<b>,5783</b>
13. Milyen gyakran csattansz fel, kiabálsz másokkal vagy idegeskedsz, ha valaki megzavar, miközben internetezel?	<b>,436</b>	,369	145	,347	<b>,5179</b>
30. Milyen gyakran érzed úgy, hogy nem tudsz a munkádra megfelelően koncentrálni, mert az internet jár a fejedben?	<b>,423</b>	,174	357	,337	<b>,4930</b>
2. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess?	,177	<b>,733</b>	176	,599	<b>,5999</b>
14. Milyen gyakran internetezel, amikor aludnod kellene inkább?	,144	<b>,624</b>		,417	<b>,4699</b>
3. Milyen gyakran választod az internetezést a partnereddel való együttlét helyett?	,102	<b>,572</b>		,340	<b>,3956</b>
8. Milyen gyakran szenved hátrányt a munkád vagy a teljesítményed az internetezés miatt?		<b>,531</b>	327	,392	<b>,4681</b>
5. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévők arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten?	,266	<b>,528</b>	,236	,405	<b>,5558</b>
6. Milyen gyakran kapsz rossz jegyet, vagy hanyagolod el a tanulást az	,113	<b>,474</b>	,209	,281	<b>,4146</b>

<sup>13</sup> A kommunalitás azt mutatja, hogy a három faktor az adott tétel hány százalékát magyarázza.

	1. faktor Obszesszió	2. faktor Elhanyagolás	3. faktor Kontroll-zavar	Kommunaliás <sup>13</sup>	Korrigált item-totál korreláció
internetezés miatt?					
19. Milyen gyakran választod az internetezést ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?	,298	<b>,457</b>		,307	<b>,4630</b>
21. Milyen gyakran felejtessz el enni az internetezés miatt?	,311	<b>,423</b>	,122	,290	<b>,4647</b>
29. Milyen gyakran fordul elő, hogy az idődet az internetezéshez szükséges felszerelések (szoftverek, könyvek stb.) beszerzésével töltöd?	,224	<b>,410</b>		,225	<b>,3100</b>
4. Milyen gyakran alakítasz ki új kapcsolatokat internethasználókkal?	,276	<b>,308</b>	,114	,184	<b>,3753</b>
7. Milyen gyakran nézed meg, hogy kaptál-e e-mailt, mielőtt bármi más szükségesezt csinálnál?		,286	,173	,114	<b>,2581</b>
24. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kéne az internetezéssel töltött időt?		,222	<b>,760</b>	,627	<b>,4573</b>
17. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?	,130	,285	<b>,720</b>	,616	<b>,5627</b>
18. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?	,224		<b>,645</b>	,467	<b>,4213</b>
22. Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra?	,170	,162	<b>,602</b>	,417	<b>,4478</b>
1. Milyen gyakran érzed úgy, hogy tovább internetezel, mint ahogy előzőleg terveztél?		,425	<b>,500</b>	,433	<b>,4366</b>
16. Milyen gyakran veszed észre magadon amikor internetezel, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”?	,253	,289	<b>,488</b>	,385	<b>,5280</b>
23. Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kéne kérned internethasználatod miatt?	,233		<b>,461</b>	,273	<b>,2857</b>
9. Milyen gyakran kezdesz védekezni vagy titkolózni, ha azt kérdezik, mit csinálsz az interneten?	,259	,126	<b>,366</b>	,217	<b>,3749</b>
a faktorok magyarázó ereje (%)	<b>16,802</b>	<b>13,788</b>	<b>11,373</b>		

*Megjegyzés:* A faktorok magyarázó erejére vonatkozóan a rotáció utáni adatokat közöljük. A 0,1 alatti értékek nincsenek feltüntetve, míg az adott faktorhoz tartozó értékeket félkövér kiemeléssel jelölöm.

Az (1) *első faktorba* összesen 11 tétel került. Ezek a tételek tartalmilag egyrészt az *internettel való gondolati elfoglaltság* köré csoportosultak, vagyis olyan dolgokra vonatkoztak, hogy az illető napközben sokat ábrándozik, fantáziál az internetről, várja, hogy mikor kerül ismét számítógép (internet) közelébe, másrészt pedig az *internethasználat hiánya keltette feszültségre, nyugtalanságra, lehangoltságra* kérdeztek rá. Ezt a faktort *obszesszió* skálának neveztük el.

A (2) *második faktorba* összesen 10 tétel került. Ezek tartalmilag a *mindennapok részét képező tevékenységek, illetve alapvető szükségletek elhanyagolására* vonatkoztak. Olyan tételek kerültek ide, amelyek az otthoni teendők, a munkatevékenység, a tanulás, az étkezés, a partnerkapcsolat vagy egyéb tevékenységek háttérbeszorulására, ezek a fokozott



internethasználat következtében történő elhanyagolására kérdeztek rá. Éppen ezért a faktort *elhanyagolás* skálának neveztük el.

A (3) *harmadik faktorba* 8 tétel került. Ezek a tételek az *internethasználat kontrollálásának nehézségére* utaltak. Azt fejezték ki, hogy a személy a tervezettnél gyakrabban és/vagy hosszabb ideig használja az internetet, illetve hogy tervei ellenére sem tudja csökkenteni az internethasználatát. A tételek utaltak az internethasználat problémaként való észlelésére is. A faktort *kontrollzavar* skálának neveztük el.

#### A tételek redukciója

A továbbiakban az egyes tételeket a skálákon elfoglalt súlyuk, a korrigált item-totál korreláció értékük, valamint tartalmi jelentésük alapján áttekintettük annak érdekében, hogy az egyes skálákat tovább szűkítve minél egyértelműbb faktorstruktúrát hozzunk létre (részletesen l. Demetrovics és mtsai, 2004). Szintén figyelembe vettük, hogy milyen arányban fordult elő, hogy a vizsgálati személyek nem válaszolták meg a az adott tételt. A szűkítés eredményeképp három, egyenként hat-hat tételt tartalmazó, alskálát kaptunk (4.1–2 táblázat).

4.1–2. táblázat A 18-tételes Problémás Internethasználat Kérdőív faktorstruktúrája (a tétel után zárójelben olvasható szám, a tétel eredeti sorszáma)

	1. faktor Obszesszió	2. faktor Elhanyagolás	3. faktor Kontrollzavar
1. Milyen gyakran ábrándozol az internetről? (27)	,789		
4. Amikor nem vagy az interneten, milyen gyakran fantáziálsz az internetről, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most internetezni? (15)	,752		
7. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretted volna? (25)	,693		
10. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni? (28)	,669	,321	
13. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre? (20)	,633		
16. Milyen gyakran álmodsz az internettel? (26)	,630		
2. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess? (2)		,733	
5. Milyen gyakran internetezel, amikor aludnod kellene inkább? (14)		,624	
8. Milyen gyakran választod az internetezést a partnerreddel való együttlét helyett? (3)		,572	
11. Milyen gyakran szenved hátrányt a munkád vagy a teljesítményed az internetezés miatt? (8)		,531	,327
14. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévők arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten? (5)		,528	
17. Milyen gyakran választod az internetezést ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni? (19)		,457	



	1. faktor Obszesszió	2. faktor Elhanyagolás	3. faktor Kontrollzavar
3. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kéne az internetezéssel töltött időt? (24)			,760
6. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül? (17)			,720
9. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten? (18)			,645
12. Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra? (22)			,602
15. Milyen gyakran veszed észre magadon amikor internetezel, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”? (16)			,488
18. Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kéne kérned internethasználatod miatt? (23)			,461

*Megjegyzés:* A zárójelben feltüntetett számok a 30 tételes változatnál alkalmazott sorszámot jelölik. A 0,1 alatti értékek nincsenek feltüntetve.

#### A PIUQ belső konzisztenciája

A három alskálán elvégzett reliabilitásanalízis alapján (4.1–3. táblázat) elmondhatjuk, hogy mindhárom alskála és a főskála esetében is 0,74 és 0,87 közötti Cronbach-alfa értéket kaptunk, ami a skálák magas koherenciáját jelzi. Ezzel összhangban szintén magas, egy kivétellel (18. tétel), 0,4 feletti item-totál korrelációkat kaptunk valamennyi tétel esetében az alskálák vizsgálatakor, s ugyanennek a tételnek a kivételével 0,38 fölötti értékek mutatkoztak a teljes skála elemzésekor is.

4.1–3. táblázat Az egyes tételek átlaga, szórása, illetve a korrigált item-totál korrelációk az alskálák és a teljes skála vonatkozásában

	Korrigált item-totál korreláció (az alskálában)	Átlag	Szórás	Korrigált item-totál korreláció (a főskálában)
<b>Obszesszió skála</b>				
1. Milyen gyakran ábrándozol az internetről? (27)	,68	1,45	,791	,51
4. Amikor nem vagy az interneten, milyen gyakran fantáziálsz az internetről, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most internetezni? (15)	,69	1,70	,949	,58
7. Milyen gyakran érzed nyugtalanak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretnél volna? (25)	,68	1,57	,886	,61
10. Milyen gyakran érzed nyugtalanak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni? (28)	,66	1,73	,995	,60
13. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre? (20)	,61	1,48	,870	,58

	Korrigált item-totál korreláció (az alskálában)	Átlag	Szórás	Korrigált item-totál korreláció (a főskálában)
16. Milyen gyakran álmodsz az internettel? (26)	,49	1,20	,552	,38
<b>Obszesszió</b> (Cronbach-alfa: 0,8477)		9,13	3,855	
<b>Elhanyagolás skála</b>				
2. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess? (2)	,62	2,34	1,058	,56
5. Milyen gyakran internetezel, amikor aludnod kellene inkább? (14)	,46	2,76	1,223	,44
8. Milyen gyakran választod az internetezést a partnereddel való együttlét helyett? (3)	,47	1,60	,952	,39
11. Milyen gyakran szenved hátrányt a munkád vagy a teljesítményed az internetezés miatt? (8)	,42	1,91	,940	,47
14. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévők arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten? (5)	,50	2,25	1,243	,54
17. Milyen gyakran választod az internetezést ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni? (19)	,43	1,73	1,035	,46
<b>Elhanyagolás</b> (Cronbach-alfa: 0,7425)		12,59	4,290	
<b>Kontrollzavar skála</b>				
3. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kéne az internetezéssel töltött időt? (24)	,62	1,95	1,029	,48
6. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül? (17)	,68	2,03	1,154	,58
9. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten? (18)	,49	1,54	,945	,43
12. Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra? (22)	,46	1,45	,794	,47
15. Milyen gyakran veszed észre magadon amikor internetezel, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”? (16)	,48	2,63	1,212	,52
18. Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kéne kérned internethasználatod miatt? (23)	,32	1,18	,549	,30
<b>Kontrollzavar</b> (Cronbach-alfa: 0,7614)		10,78	3,944	
<b>Problémás internethasználat</b> (Cronbach-alfa: 0,8725)		32,51	9,847	

#### A skálák közötti korreláció

Az egyes alskálák 0,5 körüli korrelációt mutattak egymással, míg a főskála valamennyi alskálával 0,8 fölött korrelál (4.1–4. táblázat).

4.1–4. táblázat Az egyes alskálák egymással és a teljes skálával való korrelációja (valamennyi esetben  $p < 0,01$ )

	Obszesszió	Elhanyagolás	Kontrollzavar
Obszesszió	–	,513	,468
Elhanyagolás	–	–	,501
PIUQ Skála	,802	,837	,802

#### A PIUQ teszt-reteszt reliabilitása

A skálák időbeli megbízhatóságát teszt-reteszt elemzéssel végeztük el. A vizsgálatban 63 fő egyetemi hallgató vett részt, akik három hét különbséggel töltötték ki ismételten a kérdőívet. Az adatfelvételre az egyetemi órájukat követően, csoportosan került sor. Az egyes skálák közötti korrelációkat a 4.1–5. táblázat szemlélteti. A teljes PIUQ kérdőív esetében a két adatfelvételi alkalom közötti korreláció mértéke magas: 0,903 ( $p < 0,0001$ ). Az alskálák közötti korrelációk 0,763 és 0,904 közöttiek ( $p < 0,0001$  minden esetben).

4.1–5. táblázat A teszt-reteszt elemzés eredménye

	Teszt-reteszt korreláció
Obszesszió	,820
Elhanyagolás	,904
Kontrollzavar	,763
PIUQ	,903

Megjegyzés:  $p < 0,0001$  valamennyi esetben

#### 4.1.1.1 A 18-tételes PIUQ skála és egyes szociodemográfiai jellemzők kapcsolata

A PIUQ skála egészén nem találtunk szignifikáns különbséget a férfiak és nők között. Ugyanakkor a *kontrollzavar* dimenzióban a nők, az *elhanyagolás* dimenzióban pedig a férfiak mutattak szignifikánsan magasabb átlagot a másik nem képviselőinél (4.1–6. táblázat).

4.1–6. táblázat *Nemi különbségek a PIUQ skála egyes alskálái mentén*

Faktor	Nem	N	Átlag	Szórás	F	p
Obszesszió	Férfi	556	9,1	3,8	0,712	n.sz.
	Nő	472	9,2	3,9		
Elhanyagolás	Férfi	556	13,0	4,4	3,441	0,001
	Nő	472	12,1	4,1		
Kontrollzavar	Férfi	556	10,3	3,7	3,769	<0,0001
	Nő	472	11,3	4,1		
PIUQ összpontszám	Férfi	556	32,4	9,7	0,302	n.sz.
	Nő	472	32,6	10,0		

Megjegyzés: n.sz. = nem szignifikáns

Mind a főskála, mind az alskálák vonatkozásában jelentős befolyással bír az életkor. Így valamennyi skálán a legfiatalabb, 18 évnél fiatalabb személyek jelezték a legmagasabb értékeket (4.1–7. táblázat).

4.1–7. táblázat *Életkori különbségek a PIUQ skála egyes alskálái mentén*

	Életkor	N	Átlag	Szórás	F	p
Obszesszió	–18 év	341	1,71	,76	22,902	<0,0001
	19–28 év	480	1,43	,55		
	29– év	205	1,43	,57		
Elhanyagolás	–18 év	341	2,18	,67	4,364	<0,0001
	19–28 év	480	2,03	,72		
	29– év	205	2,12	,76		
Kontrollzavar	–18 év	341	1,92	,68	9,744	=0,013
	19–28 év	480	1,72	,61		
	29– év	205	1,78	,70		
PIUQ összpontszám	–18 év	341	34,89	9,83	15,681	<0,0001
	19–28 év	480	31,08	9,44		
	29– év	205	32,00	10,09		

Nem mutatkozott szignifikáns különbség az érettségizettek és a felsőfokú végzettséggel is rendelkezők között, ugyanakkor az érettséggel nem rendelkezők mindegyik

alskála és a teljes PIUQ skála esetében is magasabb internetfüggőséget jeleztek, mint a másik két csoport. Alacsonyabb mértékű problémás használatot jeleztek a dolgozók, mint a tanulók, illetve a semmilyen elfoglaltsággal nem rendelkezők.

#### 4.1.1.2 A problémás internethasználat és az internethasználati jellemzők kapcsolata

A válaszolók 92,4%-ának van otthon számítógépe, s ötből négy személynek (80,9%) internet-hozzáférése is van az otthonában. Utóbbiak 82,7%-a az otthoni internetezést részesíti előnyben. A válaszolók 61,2%-a átlagosan legfeljebb napi egy órát használja az internetet munkavégzésre, míg azok aránya, akik napi öt óránál többet dolgoznak az internettel 9%. Munkavégzésen kívül 26,6% használja legfeljebb napi egy órát, s 20,3% öt óránál többet az internetet. A vizsgált mintában az internet első számú felhasználási módja az online kommunikáció (chat, irc), illetve az interneten való szörfözés volt. A megkérdezettek átlagosan az interneten töltött idejük több mint egynegyedét (26,5%) szentelték az előbbi, s 22,3%-át az utóbbi tevékenységnek. Szintén jelentős (16,4%) volt az e-mail használata, illetve a különböző programok letöltése (11,5%). A válaszolók több mint felének (58,6%) legfeljebb öt olyan kapcsolata van, amelyet kizárólag az internetes kapcsolattartás jellemez, ugyanakkor 12,2% azok aránya, akik 20-nál több ilyen kapcsolattal rendelkeznek. Háromból két megkérdezettnek ugyanakkor van legalább egy olyan kapcsolata, amely bár az interneten köttetett, személyes találkozás is lett belőle; s 16,8% azok aránya, akik 5-nél több ilyen kapcsolatukról számoltak be. A válaszolók közel kétharmada (63%) legfeljebb 10%-ra teszi azon ismerősei arányát, akiket az interneten ismert meg, míg 3,6% azok aránya, akik kapcsolataiknak több mint 60%-át az internetről eredeztetik.

Az internethasználat problémásságát tekintve, elmondhatjuk, hogy szignifikánsan több problémát jeleztek a PIUQ skálán azok, akik elsődlegesen otthon interneteznek. Korábbi kutatási eredményekkel (Young, 1998a) összhangban az internethasználat idejével párhuzamosan csökkenni látszanak a problémák, azaz a legmagasabb értéket a legfeljebb egy éve internetezők mutatják. Érdekes eredmény, hogy a számítógépen és interneten töltött idő mennyisége csak abban az esetben jelzett szignifikáns kapcsolatot a problémák mértékével, ha a számítógép, illetve internethasználat nem munkavégzéshez kapcsolódott. Szignifikánsan több problémát jeleztek a PIUQ skálán azok, akik interperszonális kapcsolataiknak jelentősebb része kötődött az internethez (4.1–8. táblázat).

#### 4.1.1.3 A problémás internethasználat kapcsolata addiktív magatartásformákkal

A megkérdezettek 65,8%-a volt már részeg, 25,1% használt már illegális szereket, míg 46,5% játszott nyerőautomatán, 58,2% pedig egyéb játékgépen. Az illegális szerek kipróbálása és a lerészegedés nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a PIUQ skála értékével, a játékgépek (nem pénznyereményért), illetve a nyerőautomaták gyakoribb használata azonban magasabb PIUQ átlaggal járt együtt (4.1–9. táblázat).

4.1–8. táblázat A PIUQ skála kapcsolata egyes internethasználati jellemzőkkel

		n	PIUQ	Szórás	t / F	p
Hol használja az internetet elsődlegesen?	otthon	536	<b>34,6</b>	10,1	7,56	<0,0001
	munkahelyen	226	<b>29,0</b>	8,9		
Hány éve használja az internetet?	0–1 év	257	<b>34,1</b>	9,6	7,742	<0,0001
	1–2 év	231	<b>32,6</b>	9,9		
	2–4 év	320	<b>32,9</b>	10,4		
	4 évnél régebben	212	<b>29,9</b>	8,6		
Átlagosan heti hány órát tölt a számítógép előtt nem munkavégzés céljából?	0–7 óra	162	<b>27,6</b>	7,5	65,247	<0,0001
	8–35 óra	412	<b>32,5</b>	9,3		
	több mint 36 óra	224	<b>38,5</b>	10,9		
Átlagosan heti hány órát tölt az interneten nem munkavégzés céljából?	0–7 óra	217	<b>28,5</b>	8,8	50,389	<0,0001
	8–35 óra	434	<b>33,3</b>	9,5		
	több mint 36 óra	166	<b>38,5</b>	10,8		
Hány kizárólagosan az interneten keresztül fenntartott kapcsolata van?	0	132	<b>28,9</b>	8,9	32,391	<0,0001
	1–5 db	352	<b>31,7</b>	9,3		
	több mint 5	343	<b>36,2</b>	10,6		
Hány, az interneten kialakult és személyes találkozáshoz is elvezető kapcsolata van?	0	267	<b>31,3</b>	9,8	9,927	<0,0001
	1–5 db	334	<b>33,1</b>	9,9		
	több mint 5	225	<b>35,4</b>	10,6		
Ismertségi körének hány százaléka internetes eredetű?	0–10%	521	<b>31,4</b>	9,5	6,533	<0,0001
	10–100%	306	<b>36,2</b>	10,6		
Közeli baráti kapcsolatainak hány százaléka internetes eredetű?	0–10%	598	<b>31,6</b>	9,6	6,597	<0,0001
	10–100%	230	<b>36,9</b>	10,7		

\*Két csoport esetén független mintás t-próba, több csoport esetén ANOVA került alkalmazásra

Bár valamennyi alskálán és a PIUQ skálán is magasabb értéket jeleztek azok, akik álltak már kezelés alatt pszichiátriai betegség miatt (a PIUQ skála esetében az értékek 32,9 és 34,9; szórás 10,2 mindkét esetben), a különbség egyetlen esetben sem szignifikáns.

4.1–9. táblázat A PIUQ skála kapcsolata egyes egyéb addikciókkal

		n	PIUQ	Szórás	t / F	p
Használt valaha illegális drogokat?	soha	591	<b>32,9</b>	10,1	0,131	n.sz.
	1–10 alkalommal	123	<b>33,3</b>	10,3		
	több mint 10 alkalommal	75	<b>33,4</b>	11,1		
Játszott-e valaha nyerőautomatán?	soha	425	<b>32,2</b>	10,0	4,501	0,011
	1–10 alkalommal	264	<b>33,3</b>	10,3		
	több mint 10 alkalommal	105	<b>35,5</b>	10,6		
Játszott-e valaha játékautomatán nem nyereményért?	soha	341	<b>32,9</b>	10,5	3,691	0,025
	1–10 alkalommal	247	<b>32,1</b>	9,5		
	több mint 10 alkalommal	202	<b>34,7</b>	10,5		
Volt-e valaha részeg?	soha	278	<b>32,1</b>	9,7	1,924	n.sz.
	1–10 alkalommal	241	<b>33,4</b>	9,8		
	több mint 10 alkalommal	294	<b>33,7</b>	10,9		

Megjegyzés: n.sz. = nem szignifikáns

#### 4.1.1.4 A különböző súlyosságú problémaszintek meghatározása a PIUQ alapján

Standard határértékek hiányában – mivel sem klinikai vizsgálati eredménnyel, sem más, korábban már validált kérdőívvel nem áll módunkban összevetni az eredményeket –, a személyeket a pontszámuk, az átlagtól való eltérése alapján csoportosítottuk. Ily módon négy csoportot hoztunk létre. Az átlagos pontszámnál (32,51) több mint egy szórásnyival (9,85) kevesebb pontot jelzők kerültek a *problémamentes* csoportba (NP). Az átlagtól legfeljebb egy szórásnyira eltérők az *átlagos* csoportba (AP). Az átlagtól felfelé több mint egy szórással eltérőket két csoportba soroltuk a szerint, hogy két szórásnyinál kevesebbel (problémás csoport, PG) vagy annál többel (súlyos problémás csoport, SPG) tértek el az átlagtól (4.1–10. táblázat).

4.1–10. táblázat A PIUQ skála pontszáma alapján kialakított csoportok

Csoport és definíció	n	%	Pontszám (definíció szerint)	Átlag pontszám	Szórás
NP (átlag mínusz egy szórásnál kevesebb pontszám)	<b>136</b>	13,1	< 22,7	<b>20,4</b>	1,3
AP (átlag plusz/mínusz egy szórás)	<b>751</b>	72,4	$22,7 \leq AP \leq 42,4$	<b>31,1</b>	5,5
PG (átlag plusz egy szórásnál magasabb pontszám)	<b>105</b>	10,1	$42,4 < \text{és} \leq 52,2$	<b>46,7</b>	2,8
SPG (átlag plusz két szórásnál magasabb pontszám)	<b>45</b>	4,3	$52,2 <$	<b>59,4</b>	5,3

A *problémamentes személyek* (NP csoport) általában idősebbek, jellemzőbben fővárosiak, partnerükkel, házastársukkal inkább élnek együtt (bár az ép eredeti családban élők aránya is viszonylag magas), gyakoribb, hogy édesapjuk és ők maguk is felsőfokú végzettségűek, valamint jellemzőbb rájuk a dolgozó életforma, a másik három csoporthoz viszonyítva. Kevésbé rendelkeznek otthoni internet-hozzáféréssel és kevésbé használják otthonukban a számítógépet vagy internetet, mint a többi csoport tagjai. Ugyanakkor, ezen csoport tagjai használnak a legrégebb óta számítógépet, illetve internetet. Ők azok, akik elsősorban munkavégzésre használják a számítógépet, azonban a hosszabb idejű internethasználat egyáltalán nem jellemzi őket sem munkavégzés céljából, sem azon kívül. Internethasználati szokásaikat tekintve az NP tagjaira jellemzőbb leginkább a szörfözés, az e-mail használata és a tanulási szándékú internetezés, és legkevésbé az online kommunikáció, valamint a partnerkeresés miatti internethasználat. Ennek megfelelően, a többi csoporthoz viszonyítva, kevesebb az olyan ismeretségük, amely az interneten kötött. Meglepő módon (bár az eredmény nem szignifikáns) erre a csoportra volt legjellemzőbb az illegális szerek használata, azonban alacsonyabb közöttük a valaha játékgépet használók, illetve pszichiátriai megbetegedéssel kezelték aránya (4.1–11. táblázat).

Az *átlagos csoport* (AP) tagjai még mindig jellemzően budapesti lakosok, leginkább ép családban élnek, de itt a legmagasabb az egyedül élők aránya. Nagyjából fele-fele arányban jellemző közöttük a munkavégzés és a tanulás. Náluk már – akár a problémásabb csoportoknál – az otthoni internethasználat dominál. Ezen csoport tagjai között egyformán jellemző az intenzív számítógép-használat munkavégzésre és nem munkavégzésen céljából. A nagyobb mennyiségű internethasználat azonban már ebben a csoportban is (mint az átlag feletti pontszámúaknál) inkább munkavégzésen kívüli használatához kötődik. Az átlagos pontszámú használók hasonló arányban használják az internetet szörfözésre, online kommunikációra és levelezésre, de ez az a csoport, amelyik a legmagasabb százalékban keresi fel a pornóoldalakot. Esetükben, az előző csoportnál jellemzőbb a párkeresési célú internethasználat, ennek megfelelően az internetes ismerkedés különböző formái sem ritkák.

Az *átlag fölött egy szórással elhelyezkedő (problémás) csoport* (PG) tagjai a legfiatalabbak, s itt a legmagasabb (51,5%) a nők aránya. Ezen csoport tagjai között a legkisebb a budapesti lakosok aránya, s esetükben a legjellemzőbb, hogy családban élnek, s hogy elsődlegesen tanulnak. Náluk a legnagyobb a csak általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya és – részben életkorukból kifolyólag is – legkisebb a felsőfokú végzettségűeké. A számítógépet és az internetet egyaránt inkább munkavégzésen kívül használják. Internethasználatukra nagymértékben jellemző az online kommunikáció (chat) és az internetes ismerkedés. Sokuknak van csak interneten fenntartott kapcsolata, de erre a csoportra különösen jellemzőek az olyan interneten kötött kapcsolatok, amelyek személyes találkozásig vezettek.

Az *átlag fölött két szórással elhelyezkedő, súlyos problémákat jelző csoport* (SP) tagjai között a legmagasabb a férfiak aránya. Ők élnek a legnagyobb arányban újrastrukturált családban, és a legkisebb arányban ép családban, de alacsony közöttük az egyedül élők, illetve a házastársukkal, partnerükkel élők aránya is. Mindazonáltal, egyik együttélési forma sem emelkedik ki esetükben egyértelműen. Náluk a legalacsonyabb a felsőfokú végzettséggel rendelkező apák aránya, és az előző csoporthoz hasonlóan jellemző esetükben a legfeljebb nyolc általánossal rendelkezők magas, illetve a felsőfokú végzettséggel rendelkezők alacsony aránya (ugyanakkor átlagosan két évvel idősebbek az előző csoportnál). Bár, az előző két csoporthoz hasonlóan elsődlegesen tanulnak, közöttük minden



más csoporthoz képest több mint kétszeres a semmilyen elfoglaltsággal nem rendelkezők (se nem dolgozók, se nem tanulók) aránya (6,7%). Ezen csoport tagjai a „legfrissebb” számítógép-, illetve internethasználók, azaz ők használják a legrövidebb ideje ezeket az eszközöket (átlagosan 6,8, illetve 2,4 éve). Esetükben a legmagasabb a nagy óraszámú, munkavégzésen kívüli számítógép- és internethasználat aránya. Míg a PG csoport pontosan harmada (33%) használja munkavégzésen kívüli célra heti 35 óránál többet az internetet, addig az SP csoport tagjai között ez az arány 46,3% (az AP csoport esetében ez az arány 19,1%, míg az NP esetében 5,8%). Az internet felhasználási módjai közül, esetükben a legjellemzőbb az online kommunikáció használata, és köztük a legmagasabb a párkeresési célú internethasználat százalékos aránya is. Magas az internetes eredetű kapcsolataik száma, de ugyanakkor a személyes találkozással járó internetes eredetű kapcsolataik aránya nem haladja meg az AP tagjainál megmutatkozó mértéket, azaz a kisebb valószínűséggel kerülnek személyes kapcsolatba azokkal a személyekkel, akiket az interneten keresztül megismernek. Az egyes addiktív viselkedésformákat tekintve itt a legmagasabb a valaha nyerőautomatán játszó aránya.

4.1–11. táblázat A PIUQ skála alapján kialakított négy csoport főbb jellemzői

	NP	AP	PG	SPG	t / F / $\chi^2$	p <sup>14</sup>
férfiak aránya (%)	53,7	54,8	48,5	55,6	0,686	n.sz.
átlagéletkor	25,2	23,2	21,7	23,6	3,075	0,027 <sup>15</sup>
a budapesti lakosok aránya (%)	49,2	45,3	30,1	37,8		
az ép családban élők aránya (%)	34,4	46,3	47,0	43,6		
az egyedül élők aránya (%)	2,9	9,9	7,6	6,7		
a partnerrel, házastárssal élők aránya (%)	38,2	20,9	19,0	17,8		
a felsőfokú végzettséggel rendelkező apák aránya (%)	8,2	7,9	5,1	2,3		
az elsődlegesen tanulók aránya (%)	36,6	52,4	59,8	57,8		
az elsődlegesen dolgozók aránya (%)	58,8	42,7	37,1	33,3		
a semmilyen elfoglaltsággal nem rendelkezők aránya (%)	3,1	3,1	3,1	6,7		
a legfeljebb 8 általánost végzettek aránya (%)	14,2	28,1	38,6	35,6		
a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya (%)	34,3	23,3	17,8	17,8		

<sup>14</sup> Azokban az összehasonlításokban, ahol 2-szer 2-esnél nagyobb mátrix esetében végeztünk  $\chi^2$  próbát, ott a szignifikancia szintet nem jelöltük, hiszen az nem pusztán a bal oldali oszlopban megfogalmazott állításra vonatkozó számítást tartalmazza.

<sup>15</sup> A páronkénti összehasonlítás csak az NP és az PG viszonylatában szignifikáns.

	NP	AP	PG	SPG	t / F / $\chi^2$	p <sup>14</sup>
van otthoni internet-hozzáférése (%)	64,4	82,3	90,5	84,4		
elsősorban otthon használ számítógépet (%)	45,6	68,2	82,4	84,2		
elsősorban otthon használ internetet (%)	44,7	71,9	85,7	85,7		
hány éve használ számítógépet	8,6	7,1	7,2	6,8	5,204	0,001
hány éve használ internetet	3,7	2,9	2,7	2,4	9,104	<0,0001
heti 35 óránál többet használja a számítógépet munkavégzésre (%)	34,4	24,9	25,5	28,6		
heti 35 óránál többet használja a számítógépet munkavégzésen kívül (%)	8,9	25,4	51,6	60,0		
heti 35 óránál többet használja az internetet munkavégzésre (%)	9,4	8,3	14,0	10,0		
heti 35 óránál többet használja az internetet munkavégzésen kívül (%)	5,8	19,1	33,0	46,30		
hány százalékban használja az internetet szörfözésre	30,5	22,1	16,2	15,1	12,136	<0,0001
hány százalékban használja az internetet online kommunikációra (chat, irc)	12,2	27,1	36,1	37,3	21,674	<0,0001
hány százalékban használja az internetet e-mailezésre	24,3	15,9	12,5	10,1	14,195	<0,0001
hány százalékban használja az internetet pornóoldalak nézegetésére	1,3	3,8	2,8	2,5	3,651	0,012
hány százalékban használja az internetet tanulásra	7,0	5,0	3,7	3,1	4,120	0,007
hány százalékban használja az internetet párkeresésre	1,7	3,9	3,6	6,9	3,209	0,023
5-nél több kizárólag interneten keresztül fenntartott kapcsolat (%)	22,6	40,5	60,4	61,9	36,436	<0,0001
5-nél több interneten kötött és személyes találkozásig jutott kapcsolat (%)	18,9	26,6	40,2	28,6	11,717	0,008
10% feletti az internetes eredetű ismerősök aránya (%)	21,0	36,1	53,3	54,8	27,946	<0,0001
10% feletti az internetes eredetű barátok aránya (%)	12,3	26,3	48,9	41,5	37,657	<0,0001
10% feletti az internetes eredetű, de találkozással	12,3	20,9	40,2	31,0	25,523	<0,0001

	NP	AP	PG	SPG	t / F / $\chi^2$	p <sup>14</sup>
végződött kapcsolatok aránya (%)						
valaha illegális drogot használók aránya (%)	32,7	23,9	24,1	24,4	3,544	n.sz.
valaha nyerőautomatán játékosok aránya (%)	37,5	47,2	47,0	58,5	5,885	n.sz.
valaha játékgépen játékosok aránya (nem nyerési céllal) (%)	53,4	57,7	58,1	51,2	1,245	n.sz.
valaha lerészegedők aránya (%)	67,6	64,7	67,0	73,8	1,720	n.sz.
valaha pszichiátriai betegséggel kezeltek aránya (%)	2,8	6,9	6,6	7,1	2,611	n.sz.

Megjegyzés: n.sz. = nem szignifikáns

#### 4.1.1.5 Diszkusszió: a PIUQ kialakításával kapcsolatos eredmények

A fentiek alapján a Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) mind pszichometriai jellemzőit tekintve, mind értelmezési, tartalmi jegyeit nézve jól használható eszköznek bizonyult az internethasználattal kapcsolatosan megjelenő problémák mérésére. A kérdőív egészének és alsóskálájának magas belső konzisztenciája, kedvező teszt-reteszt reliabilitása, valamint tartalmi, koncepcionális koherenciája alapján indokolt a kérdőív további használata. Az internethasználati szokásokkal kapcsolatos eredmények részben a kérdőív validitását is alátámasztják, ezen a területen azonban további vizsgálatok is szükségesek.

A PIUQ kérdőív tartalmát és szerkezetét tekintve illeszkedik a korábbi kutatások eredményeihez, azonban ki is egészíti azokat. A kapott háromfaktoros modell jól reflektál az eredeti IAT kérdőív elemzésekor kapott eredményekre (Widyanto és McMurrin, 2004), s egyben jelzi, hogy valóban szükségesnek bizonyult a kérdőív átalakítása. A PIUQ 11 tételt őrzött meg módosításokkal vagy anélkül az IAT skálából, s ugyanakkor 7 újabb tételt adott Young (1998a, 1998b) kérdőívéhez. Ennek eredményeképp a PIUQ kompaktabb és feszebb faktorstruktúrával rendelkezik. A Davis és munkatársai (2002) által leírt, sokkal inkább a kognitív folyamatokra, mintsem a viselkedésre reflektáló négy faktorból az impulzuskontroll zavara, valamint részben a elterelés faktorok reprodukálódtak a PIUQ modelljében is. A különbségekért feltehetőleg az eltérő koncepció tehető felelőssé. Bár a különböző vizsgálatok némileg eltérő faktorstruktúrát eredményeznek (l. még Caplan, 2002; Pratarelli és Browne, 2002), tapasztalataink mindenképp az internetfüggőség többfaktoros modelljét erősítik szemben Nichols és Nicki (2004) egyfaktoros modelljével.

Az internethasználat különböző jellemzővel kapcsolatos eredmények többnyire egybevágóak a korábbi tapasztalatokkal. Más kutatásokhoz hasonlóan (Kandell, 1998; Ritter, 2001) mi is a serdülő és fiatal felnőtt populációt találtuk a legveszélyeztetettebbnek. Protektív tényezőnek bizonyult a munka, míg kifejezett rizikófaktornak, ha a személy semmilyen állandó, az időt, a mindennapokat strukturáló elfoglaltsággal nem rendelkezik. Ezt erősíti az a korábban még ki nem mutatott eredmény is, hogy a problémás

internethasználat nem *általában* az interneten töltött idővel, hanem kizárólag a *nem munkavégzési céllal interneten töltött idővel* mutat szoros kapcsolatot. Az a korábbi megfigyelés (Fábián, Pillók, Ritter és Hoyer, 2002; Nyikos és mtsai, 2001; Young, 1998a) is reprodukálható volt, amely szerint problémásabbak a rövidebb, mint a hosszabb ideje internetezők. Mint arra Kraut és munkatársai longitudinális vizsgálata is utal (l. Kraut és mtsai, 2002), valószínűsíthető, hogy a kezdeti intenzívebb, kompulzívabb használat idővel normalizálódik. Eredményeink – szintén összhangban korábbi tapasztalatokkal (Davis és mtsai, 2002; Kubey, Lavin és Barrows, 2001; Leung, 2004) – egyértelműen jelzik, hogy a problémás használók esetében dominál az online szinkrón kommunikációs formák használata, míg a szörfözés, a levelezés, valamint a tanulás céljából történő internetezés a kevésbé problémás használók körében jellemző. Ez az eredmény nem meglepő, amennyiben figyelembe vesszük, hogy a chat, a szimultán online kommunikáció azonnalisága az addikciók egyik legalapvetőbb jellemzőjére, az önszabályozás deficitjére, a késleltetés képességének hiányára reflektál (Demetrovics, 2007a), szemben például az e-maillal, amelynek használata feltételezi a késleltetés képességét (Greza, Takács és Demetrovics, 2001).

A terminológiai kérdéseket tekintve, a kérdőív elnevezésével amellettt törtünk lándzsát, hogy az internetaddikció elnevezést érdemes fenntartani a valóban klinikai szintű problémákat jelző excesszív internethasználat leírására, s azt elkülöníteni a problémás használattól. Előbbi klinikai figyelmet igényel, míg utóbbi, bár számos problémát okozhat a mindennapi életben inkább tüneti viselkedésnek tekinthető. Saját kutatásunk, s korábbi kutatások is (Griffiths, 2000) azt jelzik, hogy az internetet túlzott mértékben használó személyek jelentős részénél nem áll fenn olyan mértékű probléma, amit a klinikai asszociációkat vonzó internetaddikció elnevezéssel érdemes illetni, ráadásul a jelenség mint láttuk gyakran átmeneti, a problémák mértéke az idővel csökkenhet. A problémát azonban érdemes módszertani szempontból is körüljárni. Különösen az jelenthet itt gondot ugyanis, hogy ez idáig a kérdőíves vizsgálatok nem egészültek ki klinikai interjúmódszerrel, azaz a tényleges klinikai validálás valamennyi mérőeszköz esetében hiányzik. Ezt jelzi egyébként az is, hogy a kérdőíves mérőeszközök esetében a szerzők többnyire nem vállalkoznak a határértékek (cut-off pontok) meghatározására, illetve, ahol igen, ott ez önkényesen, ad hoc módon történik. Tekintve azonban, hogy egyre több, s egyre konkrétabb javaslat születik a diagnózist illetően (Beard, 2005; Beard és Wolf, 2001; Shapira és mtsai, 2003), s kidolgozásra kerültek olyan pszichiátriai interjúmódszerek is, amelyek lehetővé teszik a diagnózist (Shapira és mtsai, 2000), egyre kevésbé van akadálya annak, hogy megtörténjen a kérdőíves módszerek validálása. Ezek a hiányok ugyanakkor jól jelzik a jövő lehetséges kutatási irányait.

#### 4.1.2 A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) konfirmálása különböző mintákon (II. és III. vizsgálat)

Az előzőekben bemutatott a PIUQ kialakítása és első elemzése nyomán szerzett tapasztalatok jól kijelölték azokat az irányokat, amerre a problémás internethasználat vonatkozásában érdemes lehet továbbhaladni. Mint jeleztem, bár 1996 óta, különböző teoretikus alapokon számos mérőeszköz kialakítására került sor (Brenner, 1997; Caplan, 2002; Davis és mtsai, 2002; Meerkerk és mtsai, 2009; Nichols és Nicki, 2004), ezek egy

részét nem vagy alig alkalmazták, míg mások esetében a szisztematikus pszichometriai elemzések maradtak el (Koronczai és mtsai, 2011). Ily módon, a kialakított eszközök jelenleg híján vannak azoknak a validitásukra és reliabilitásukra irányuló elemzéseknek, amelyek alapján megnyugvással használhatnánk őket. Pszichometriai tesztelésük nem történt meg; nem tudjuk miként viselkednek különböző adatfelvételi módszerek esetében (pl. papírceruza módszerű felmérés, online adatfelvétel, telefonos adatfelvétel), illetve különböző kultúrákban történő esetleges alkalmazásukkor (Beard, 2005; Chou és mtsai, 2005). Konfirmátoros elemzési megközelítést csak kevés mérőeszköz esetében alkalmaztak (Caplan, 2002; Davis és mtsai, 2002), de ezeket az alacsony elemszám miatt érte kritika (Byun és mtsai, 2009), így összességében azt mondhatjuk, hogy megnyugtató eredménnyel záruló konfirmátoros elemzés egyetlen többdimenziós mérőeszköz esetében sem készült. Nincs tehát olyan mérőeszköz, amelynek megfelelő reliabilitása és validitása mellett elégséges mennyiségű adat szólna, s amely egyúttal alkalmas lenne a problémás internethasználat különböző összetevőinek mérésére. Egy ilyen kérdőívvel szemben a következő elvárásokat fogalmaztuk meg (Koronczai és mtsai, 2011):

- (1) legyen *komprehenzív*, azaz a problémás internethasználat több, lehetőség szerint valamennyi aspektusát vizsgálja;
- (2) legyen lehetőség szerint *rövid* egyrészt, hogy alkalmas legyen az impulzívabb populáció vizsgálatára, másrészt hogy alkalmazható legyen az időkorlátos felmérésekben;
- (3) legyen reliábilis és valid *különböző adatfelvételi helyzetekben* (online, papírceruza önkitöltős, face-to-face);
- (4) legyen reliábilis és valid *különböző életkori* mintákon (pl. serdülő és felnőtt);
- (5) legyen reliábilis és valid *különböző kultúrákban*;
- (6) történjen meg a *klinikai mintán történő validitása* is, ami az addikció határértékének (cut-off) meghatározásához is alapul szolgálhat.

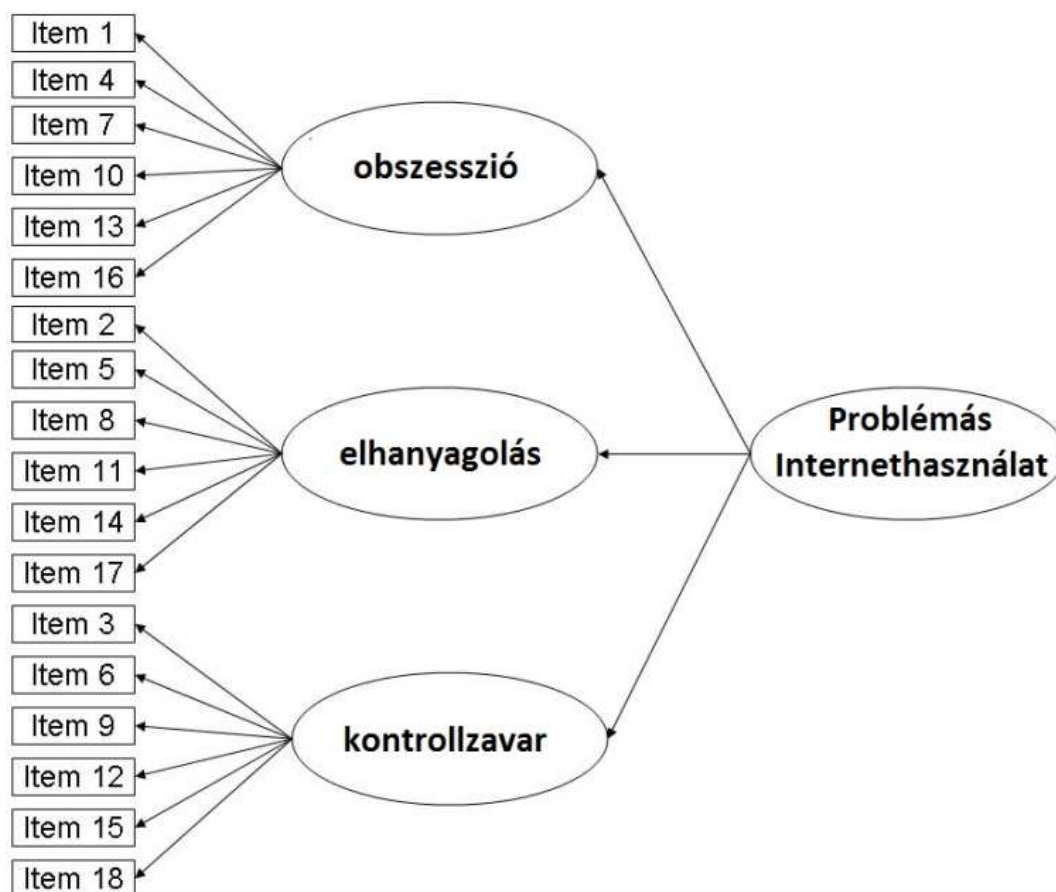
Az előző elemzésben bemutatott PIUQ az (1) pontnak megfelel, azonban további célunk volt rövidebb változatok kialakítása (2), illetve a kérdőív a (3) és (4) szempont mentén történő validálása. A 4.1.2 fejezetben a PIUQ (3) különböző adatfelvételi helyzetekben, illetve (4) különböző életkori mintákon történt pszichometriai elemzését mutatom be, míg a 4.1.3. fejezet a rövidített skálákkal foglalkozik.

#### 4.1.2.1 Statisztikai elemzés

Az elemzések SPSS 16.0 és MPLUS 6.0. statisztikai programokkal történtek a II. és a III. adatfelvételi mintán. A II. vizsgálat a serdülő mintán történő elemzéshez, míg a III. vizsgálat országos reprezentatív normál felnőtt populációs elemzéshez nyújtott adatot. A kérdőív kialakításául szolgáló online adatfelvétellel szemben mindkét esetben offline adatfelvétel történt (3. szempont), egyéni (III. vizsgálat), illetve csoportos (II. vizsgálat) önkitöltős módon.

Konfirmátoros faktoranalízist (CFA) alkalmaztunk a problémás internethasználati modell ellenőrzésére. A normál eloszlástól való jelentős eltérés miatt, az egyes tételekre

adott válaszokat ordinális indikátorokként kezeltük és a robusztus, a Brown (2006) és a Muthén és Muthén (1998-2007) által javasolt súlyozott legkisebb négyzetes becslési eljárást (Weighted Least Squares Model Variation, WLSMV) alkalmaztuk. Mindkét mintán összehasonlítottuk a két beágyazott mérési modellt, név szerint az egyfaktoros, és az eredetileg javasolt háromfaktoros struktúrát, amely egy másodrendű faktorról rendelkezik (4.1–1. ábra). Az egyfaktoros megoldást azért vettük bele az elemzésbe, mert a három alskála közt magas korrelációs értékeket (0,468–0,513) találtunk (Demetrovics és mtsai, 2008).



4.1–1. ábra A problémás internethasználat háromfaktoros modellje

A modell illeszkedésének teszteléséhez több mutató került kiválasztásra. Ilyen az abszolút illeszkedési mutató  $\chi^2$  érték, a modell komplexitását figyelembe vevő módon a megközelítés hibáját mérő RMSEA, és végül a relatív illeszkedési mutatók mint a CFI (Comparative Fit Index) és a TLI (Tucker-Lewis Fit Index). A megfelelő mértékű illeszkedés kritériuma, hogy a CFI és TLI magasabb értékeket mutassanak, mint 0,95. A 0,05 alatti RMSEA érték kiváló illeszkedést, a 0,08 alatti érték megfelelő illeszkedést, míg a 0,10 feletti érték gyenge illeszkedést jelez. Meg kell jegyezni továbbá, hogy a robusztus súlyozott legkisebb négyzetes becslési eljárásnál (WLSMV) nem számolunk konfidenciaintervallumot.

A modellek illeszkedését összehasonlítottuk a két beágyazott modell esetében is, mindazonáltal a beágyazott modellek esetében, a WLSMV módszerrel becsült  $\chi^2$  értékek közti eltérés nem ugyanazt az eloszlást mutatja, mint a Brown-féle  $\chi^2$  (Brown, 2006), továbbá a modell szabadságfoka sem egyezik meg a konfirmátoros faktoranalízis megoldásainak esetében a legnagyobb valószínűség módszerével (maximum likelihood method) becsült értékkel. A  $\chi^2$  tesztelését az Mplus 6.0 szoftverrel végeztük.

Tekintve, hogy megfelelő határérték (cut-off) nem áll a rendelkezésünkre a PIUQ vonatkozásában, továbbá egyéb standard mérőeszköz sem szolgál viszonyítási pontként, ezért a problémaszintek meghatározását ez alkalommal látens profil elemzéssel (latent profile analyses, LPA) végeztük el. A látens profil elemzés (Collins és Lanza, 2010) a klaszter elemzéshez hasonló, diszkrét látens változók (látens osztályok) feltételezésével folytonos manifeszt indikátorok alkalmazása mellett történő modell alapú elemzés. A megfigyelt indikátor változók az obszesszió, az elhanyagolás és a kontrollzavar skála pontértékei voltak. A látens osztályok meghatározásánál több kritériumot alkalmaztunk: BIC (Bayesian Information Criteria Parsimony Index), a keresztklasszifikáció minimuma, az entrópia és a csoportok (klaszterek) értelmezhetősége. A végső döntésnél még támaszkodtunk a Lo-Mendell-Rubin Tesztre, ami összehasonlítja az aktuális modellt (n csoport) az eggyel kisebb számú csoportot (n-1 csoport) feltételező modellel (Muthén és Muthén, 1998-2007). A szignifikáns ( $p < 0,05$ ) érték azt jelzi, hogy az n-1 csoportot tartalmazó modellt elutasítjuk és az aktuális modellt (n csoport) megtartjuk.

#### 4.1.2.2 A modellek tesztelése

A modellek tesztelése előtt kiszámoltuk a változók alapstatisztikáit és a változók közötti korrelációkat (4.1–12. táblázat). Az egyfaktoros, illetve a háromfaktoros modell illeszkedési mutatóit a 4.1–13. táblázat mutatja. Az abszolút illeszkedési mutató ( $\chi^2$ ) mindkét minta és mindkét modell esetében szignifikánsnak bizonyult ( $p < 0,001$ ), de ez a mutató túl nagy szenzitivitással rendelkezik nagy minták esetében (Kline, 2005). A khi-négyzet/szabadságfok arányt szintén nem alkalmaztuk illeszkedési mutatóként, mivel az újabb szakirodalom ezt nem javasolja (Wheaton, 1987). Ennek alkalmazása különösen nem ajánlott a WLSMV becslési eljárás esetén, mivel a khi-négyzet értéke ez esetben függ az átlagtól és a varianciától, illetve a szabadságfok kiszámítása is az ML becslés esetében alkalmazott eljárástól eltérő módon történik (Brown, 2006; Finney és DiStefano, 2006). Ahogyan azt a 4.1–13. táblázat is mutatja, az egyfaktoros megoldás egyéb illeszkedési mutatói kisebb, vagy éppen csak megfelelő illeszkedést mutatnak az adatokkal. A háromfaktoros megoldás illeszkedési mutatói azonban a modell jó illeszkedését jelzik.



4.1–12. táblázat A tételek közötti korreláció, átlagok és szórás mindkét minta esetében

	Obszesszió						Elhanyagolás						Kontrollzavar							
Tételek	1.	4.	7.	10.	13.	16.	2.	5.	8.	11.	14.	17.	3.	6.	9.	12.	15.	18.	Átlag <sup>\$</sup>	Szórás
Obszesszió																				
1.		,55	,39	,36	,31	,29	,40	,25	,29	,26	,32	,33	,31	,37	,31	,24	,41	,12	1,92	1,06
4.	,62		,52	,43	,41	,36	,46	,30	,20	,37	,34	,25	,27	,35	,32	,22	,28	,07	1,56	0,81
7.	,47	,47		,53	,48	,33	,50	,39	,25	,36	,40	,33	,34	,46	,51	,18	,38	,14	1,33	0,70
10.	,45	,49	,62		,49	,27	,51	,41	,48	,50	,48	,25	,29	,41	,47	,24	,40	,14	1,29	0,64
13.	,40	,44	,54	,57		,45	,38	,26	,53	,38	,34	,35	,23	,37	,50	,31	,30	,15	1,12	0,45
16.	,37	,46	,39	,44	,63		,30	,22	,37	,31	,33	,42	,21	,27	,50	,27	,24	,17	1,09	0,44
Elhanyagolás																				
2.	,50	,39	,43	,44	,33	,26		,57	,21	,53	,51	,32	,46	,51	,40	,26	,42	,13	1,89	0,97
5.	,33	,35	,30	,35	,23	,15	,50		,13	,45	,49	,27	,43	,44	,28	,21	,38	,11	1,88	1,04
8.	,34	,40	,42	,22	,47	,50	,47	,29		,09	,19	,43	,25	,40	,33	,26	,18	,23	1,11	0,49
11.	,35	,36	,41	,44	,28	,19	,48	,27	,34		,47	,16	,33	,39	,42	,39	,47	,19	1,44	0,75
14.	,29	,38	,45	,48	,40	,13	,49	,42	,48	,32		,32	,38	,44	,40	,27	,50	,21	1,42	0,83
17.	,28	,33	,41	,39	,37	,39	,36	,32	,44	,24	,34		,30	,33	,38	,23	,36	,13	1,22	0,65
Kontrollzavar																				
3.	,34	,24	,30	,33	,19	,05	,48	,42	,11	,43	,48	,20		,68	,44	,34	,40	,18	1,58	0,92
6.	,41	,40	,39	,39	,26	,06	,53	,50	,07	,49	,48	,21	,64		,44	,36	,42	,20	1,44	0,84
9.	,36	,34	,46	,42	,46	,30	,41	,26	,41	,40	,52	,34	,39	,42		,32	,44	,21	1,35	0,79
12.	,19	,25	,26	,33	,31	,16	,27	,19	,26	,35	,29	,17	,30	,26	,35		,34	,41	1,31	0,68
15.	,26	,29	,40	,38	,30	,12	,43	,42	,35	,32	,43	,20	,42	,44	,33	,26		,25	1,98	1,18
18.	,18	,23	,29	,35	,51	,57	,20	,12	,36	,42	,32	,31	,15	,25	,49	,39	,22		1,32	0,76
Átlag#	1,37	1,28	1,24	1,31	1,12	1,09	1,49	1,66	1,20	1,25	1,30	1,25	1,58	1,43	1,17	1,22	1,60	1,05		
Szórás#	0,73	0,64	0,60	0,71	0,44	0,40	0,80	0,89	0,54	0,61	0,68	0,65	0,90	0,79	0,52	0,61	0,91	0,29		

Megjegyzés: #: III. vizsgálat (felnőtt minta) N=963. Valamennyi korreláció szignifikáns ( $p < 0,05$ ). \$: II. vizsgálat (serdülő minta), N=438; a  $> 0,09$ -nél nagyobb korrelációk szignifikánsak ( $p < 0,05$ ). Az átló alatti korrelációk a felnőtt mintából származnak, míg az átló fölöttiek a serdülő mintából. A 9-tételes rövid skálához tartozó tételek (lásd 4.1.3. fejezet) félkövérrel kiemelték.



A két beágyazott statisztikai modell  $\chi^2$  próbával történt összehasonlítása azt mutatja, hogy a háromfaktoros megoldás, az egyfaktoros megoldáshoz viszonyítva szignifikánsan jobban illeszkedik az adatokhoz mind a serdülő, mind a felnőtt minta esetében (serdülő minta  $\chi^2$  teszt=92,2 df=3 p<0,001; felnőtt minta  $\chi^2$  teszt=123,9 df=3 p<0,001). Tehát a háromfaktoros modell, az egyfaktoros modellnél jobban reprezentálja az adatok kovariancia mátrixát mindkét korcsoportban.

4.1–13. táblázat Az egy- és a háromfaktoros modell illeszkedési mutatói a két mintán

Serdülők			Felnőttek	
	egyfaktoros modell	háromfaktoros modell	egyfaktoros modell	háromfaktoros modell
$\chi^2$	516,6	396,5	819,4	663,0
df	135	132	135	132
TLI	0,931	0,951	0,944	0,956
CFI	0,939	0,958	0,951	0,962
RMSEA	0,080	0,068	0,072	0,065

*Megjegyzés:* TLI = Tucker-Lewis Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root mean square error approximation.

A háromfaktoros modell faktortöltéseinek standardizált becsléseit a 4.1–14. táblázat mutatja be. Minden faktortöltés meghaladja a 0,40-os értéket, 0,44 és 0,89 közé esik a serdülő, míg 0,62 és 0,92 közé a felnőtt mintán. Szintén magasan töltene a főfaktorok a másodrendű faktorokon, mind a serdülő, mind a felnőtt minta esetében (obszesszió 0,85 a serdülő és 0,91 a felnőtt minta esetében; elhanyagolás 0,98 a serdülő és 0,99 a felnőtt mintán; kontrollzavar 0,92 a serdülő és 0,93 a felnőtt mintán). A 4.1–14. táblázat egyúttal bemutatja az alskálák átlag és szórás értékeit, valamint az alskálák és a teljes skála Cronbach-alfa értékeit is.

4.1–14. táblázat A PIUQ tételeinek faktorértékei (standardizált becslés) a háromfaktoros modell esetén

Tételek	Obszesszió		Elhanyagolás		Kontrollzavar	
	serdülő	fielnőtt	serdülő	fielnőtt	serdülő	fielnőtt
1. Amikor nem vagy az interneten, milyen gyakran fantáziálsz az internetről, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most internetezni?	0,690	0,773				
4. Milyen gyakran ábrándozol az internetről?	0,710	0,791				
7. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretnél volna?	0,824	0,857				
10. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni?	0,870	0,852				
13. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre?	0,879	0,913				
16. Milyen gyakran álmodsz az internettel?	0,706	0,902				
2. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess?			0,802	0,822		
5. Milyen gyakran internetezel olyankor, amikor inkább aludnod kellene?			0,682	0,693		
8. Milyen gyakran választod az internetezést a partnerrel való együttlét helyett?			0,638	0,795		
11. Milyen gyakran szenved hátrányt a munkád vagy a teljesítményed az internetezés miatt?			0,790	0,731		
14. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetében lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten?			0,844	0,774		
17. Milyen gyakran választod az internetezést ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?			0,664	0,713		
3. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene az internetezéssel töltött időt?					0,792	0,762
6. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?					0,866	0,863
9. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?					0,821	0,861
12. Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra?					0,656	0,652
15. Milyen gyakran veszed észre magadon, amikor internetezel, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”?					0,724	0,701
18. Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kellene kérned egy pszichológustól vagy pszichiátertől internethasználatod miatt?					0,444	0,925
Cronbach-alfa	0,76	0,84	0,78	0,77	0,75	0,77
Átlag	8,3	7,3	8,9	8,0	9,0	7,9
Szórás	2,9	2,6	3,3	2,8	3,6	2,7

*Megjegyzés:* Az üres cellák a 0 értéken rögzített faktortöltéseket jelzik, minden további töltés szignifikáns legalább a  $p < 0,001$  szignifikancia szinten. A teljes PIUQ-ra vonatkozó Cronbach-alfa érték 0,89 a serdülő és 0,91 a felnőtt mintán.

4.1.2.3 *A különböző súlyossági csoportok elkülönítése*

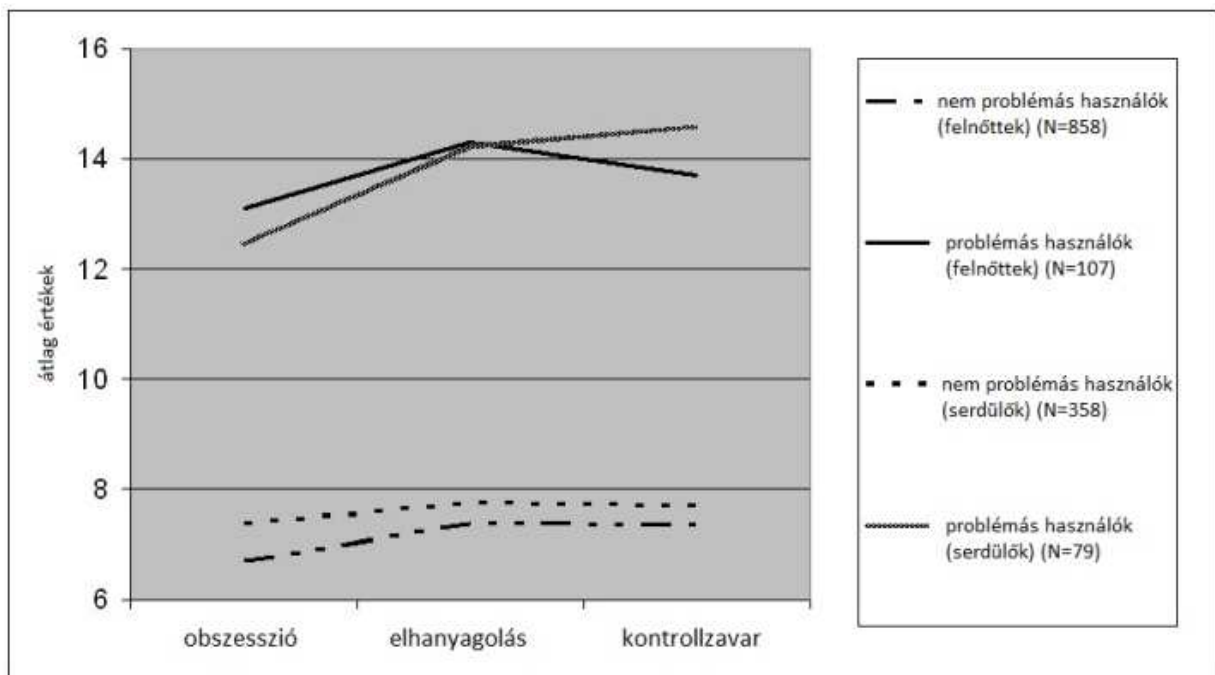
A PIUQ három dimenziójának faktor pontszámait felhasználva, 1–3 osztállyal végeztünk látens profil elemzést mindkét mintán. A kapott illeszkedési mutatókat és teszt értékeket a 4.1–15. táblázatban mutatjuk be. Az AIC, BIC és mintamérettel korrigált BIC, a látens osztályok hozzáadása nyomán folyamatosan csökkent. Mindazonáltal az entrópia vizsgálata esetén a két látens osztályt tartalmazó megoldás érte el a maximum szintet. Ezek a megfontolások és a Lo-Mendell-Rubin Teszt (Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test) értékei, valamint ezek szignifikancia szintje a két látens osztályt tartalmazó megoldást támasztják alá mind a felnőtt, mind a serdülő mintán.

4.1–15. táblázat A PIUQ három dimenziójának látens profil elemzése során nyert illeszkedési mutatók

A látens osztályok száma	AIC	BIC	SSABIC	Entrópia	L-M-R Test	p
Felnőtt minta						
1	4329,7	4358,9	4339,9			
2	1870,9	1919,6	1887,9	0,983	2377	0,0073
3	444,4	512,6	468,2	0,964	1382	0,0679
Serdülő minta						
1	2509,0	2533,5	2514,4			
2	1505,5	1546,3	1514,6	0,969	972	0,0002
3	1091,9	1149,1	1104,7	0,948	405	0,0585

*Megjegyzés:* AIC: Akaike Information Criteria; BIC: Bayesian Information Criteria; SSABIC: Sample size adjusted Bayesian Information Criteria; L-M-R Test: Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test; p: a p-érték az L-M-R Tesztre vonatkozik.

Az átlagokat és látens osztályokat a 4.1–2. ábra mutatja be. A két osztály közül az egyik az internethasználók többségét képviseli (felnőtt használók 89%-a és a serdülő használók 82%-a). Ezt a csoportot a problémás használat alacsony szintje jellemzi. A PIUQ összpontszám átlaga a felnőtt mintán 21,39 (SD=3,76, 95% CI [21,14–21,64]), míg a serdülő mintán 22,78 (SD=3,89, 95% CI [22,38–23,19]). A kisebb osztályok mindkét minta esetében az internethasználók egy kisebb csoportját képviselik (felnőtt használók 11%-a, serdülő használók 18%-a), azokat, akik a PIUQ három faktorán magas pontszámot értek el. A PIUQ kérdőíven elért átlagos összpontszám a lehetséges problémás internethasználók esetében 41,9 (SD=7,37, 95% CI [39,68–42,51]) a felnőtt mintán és 41,23 (SD=6,94, 95% CI [39,67–42,78]) a serdülő mintán. Ezek nyomán javasolható a 41 pontos határérték (cut-off) használata a problémás internethasználat elkülönítésére.



4.1–2. ábra A PIUQ három faktorán végzett látens profil elemzés eredménye

#### 4.1.2.4 Diszkusszió: a PIUQ kérdőív különböző mintákon történt elemzése

Az elvégzett konfirmációs elemzés egyértelműen a PIUQ eredeti háromfaktoros struktúráját támogatta az egyfaktoros modellel szemben, mind a felnőtt, mind a serdülő minta esetében. A problémás internethasználat és internetfüggőség legnagyobb problémájának azonban továbbra is a határértékek meghatározásának nehézsége tűnik. Míg korábbi vizsgálatunkban (Detrovics és mtsai, 2008) a problémáság becslésére az átlagtól való távolság alapján tettünk kísérletet, jelen elemzésben látens profil elemzés segítségével különítettük el a problémás internetezőket.

#### 4.1.3 A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) rövidített változatainak kialakítása (II., III. és VII. vizsgálat)

A PIUQ eredeti verziója ugyan nem mondható hosszúnak, bizonyos esetekben azonban mégis felmerül a 18-tételesnél rövidebb verziók igénye. Elsősorban olyan kérdőíves felmérésekben, ahol szoros időkorlát van, s ahol esetlegesen sok más jelenséget is vizsgálnak párhuzamosan, a 18 tétel hosszú lehet. Éppen ezért, a 4.1.2. fejezetben megfogalmazott 2. szempont szerint célunk volt a PIUQ rövidebb verzióinak kialakítása. A 9-tételes verziót a II. és III. vizsgálat a fentiekben bemutatott elemzései alapján alakítottuk ki, míg a 6-tételes változatot a VII. vizsgálatban nyert serdülő mintán teszteltük.

#### 4.1.3.1 A 9-tételes PIUQ kialakítása

A PIUQ három alskálájának item-totál korrelációit elemeztük a felnőtt és a serdülő mintán egyaránt, majd az alskálakon egyenként elvégeztünk egy egyfaktoros feltáró faktoranalízist a faktortöltések meghatározása céljából. Alskálánként három tétel került kiválasztásra annak érdekében, hogy magas item-totál korrelációkat és faktortöltéseket kapjunk, de egyúttal megtartsuk a konstruktum tartalmi lefedettségét is. A PIUQ rövidített változatát úgy alakítottuk ki, hogy szem előtt tartottuk a három alskála item-totál korrelációit mindkét minta esetében. A rövidített változatban az obszesszió alskálát a 7., 10. és 13. tételek, az elhanyagolást a 2., 5. és 14., míg a kontrollzavart a 3., 6. és 9. tételek alkotják. A teljes rövid kérdőívre vonatkoztatott Cronbach-alfa 0,84 a felnőtt, és 0,87 a serdülő mintán. Az előzőekben bemutatott látens profil elemzés (4.1–15. táblázat) alapján ez esetben is megállapítottunk egy lehetséges cut-off értéket, amely mindkét minta esetében 22 volt.

#### 4.1.3.2 A 6-tételes PIUQ kialakítása

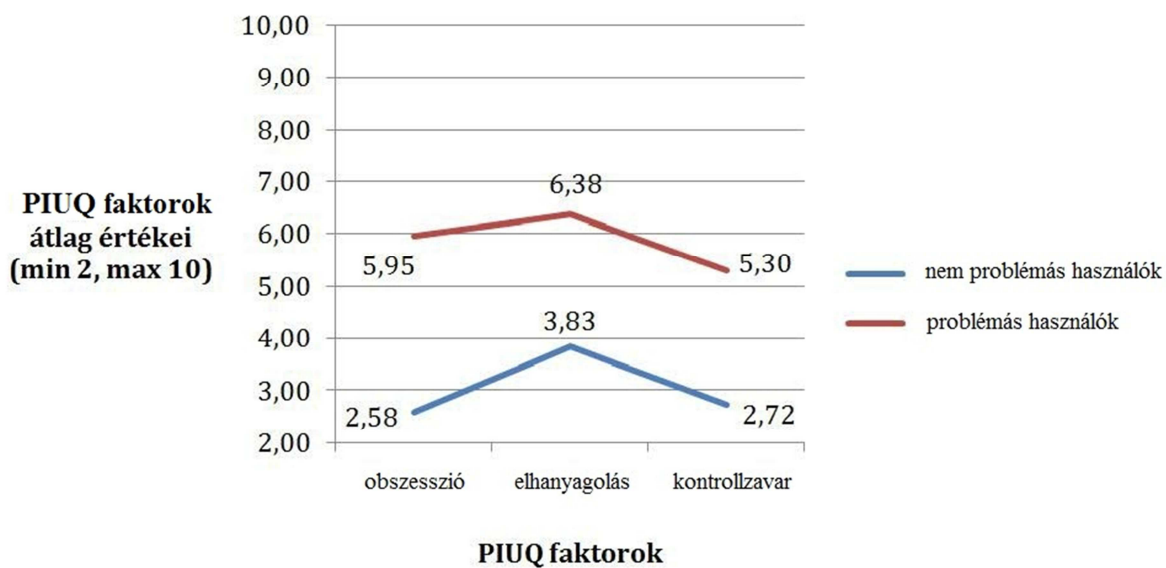
A fentiekkel megegyező szempontok alapján alakítottuk ki a PIUQ 6-tételes változatát, amely skálánként két-két tételt tartalmazott. Az *obszesszió* skálába a 7. és 13., az *elhanyagolás* skálába az 5. és 14., míg a *kontrollzavar* skálába a 6. és 9. tételek kerültek. A skálát a VII. vizsgálat mintájának 5112 fős almintáján teszteltük, ami a teljes reprezentatív minta a 9–10. osztályos középiskolásokra és szakközépiskolásokra nézve, mivel a PIUQ kérdések nem lettek az egyéb iskolatípusok esetében felvéve. 107 fő esetében a PIUQ nem lett kitöltve; így az elemzés 5005 fön készült.

A háromfaktoros struktúrát konfirmációs faktoranalízissel vizsgáltuk, s az eredmények megfelelő illeszkedést mutattak ( $\chi^2=197,67$  df=6  $p<0,001$ ; CFI=0,957; TLI=0,892; RMSEA= 0,080 [0,071–0,090] Cfit>0,90; SRMR=0,029). A 4.1.2.1. fejezetben bemutatotthoz hasonlóan látens osztály elemzést végeztünk, s ismételten a kétosztályos megoldás bizonyult a megfelelőnek (4.1–16. táblázat, 4.1–3. ábra).

4.1–16. táblázat A látens profil elemzés illeszkedési mutatói a 6-tételes PIUQ esetében

A látens osztályok száma	AIC	BIC	SSABIC	Entrópia	L-M-R Test	p
1	56214	56253	56234	–	–	–
2	50902	51968	51936	0,912	4196	0,0001
3	50580	50671	50627	0,899	1293	0,1976

Megjegyzés: AIC: Akaike Information Criteria; BIC: Bayesian Information Criteria; SSABIC: Sample size adjusted Bayesian Information Criteria; L-M-R Test: Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test; p: a p-érték az L-M-R Tesztre vonatkozik.



4.1–3. ábra A PIUQ három faktorán végzett látens profil elemzés eredménye (a 6-tételes kérdőív esetében)

4.1–17. táblázat Az egyes lehetséges határértékek mutatói a 6-tételes PIUQ esetében

Határ- érték	Valós pozitív	Valós negatív	Álpozitív	Álnegatív	Szenzitivitás (%)	Specifitás (%)	PPV (%)	NPV (%)	Pontosság (%)
<b>12</b>	706	3415	784	0	100	81	47	100	84
<b>13</b>	702	3755	444	4	99	89	61	100	91
<b>14</b>	672	3971	228	34	95	95	75	99	95
<b>15</b>	603	4106	93	103	85	98	87	98	96
<b>16</b>	504	4176	23	202	71	99	96	95	95
<b>17</b>	408	4198	1	298	58	100	100	93	94
<b>18</b>	313	4199	0	393	44	100	100	91	92
<b>19</b>	224	4199	0	482	32	100	100	90	90
<b>20</b>	165	4199	0	541	23	100	100	89	89
<b>21</b>	84	4199	0	622	12	100	100	87	87
<b>22</b>	59	4199	0	647	8	100	100	87	87
<b>23</b>	39	4199	0	667	6	100	100	86	86
<b>24</b>	29	4199	0	677	4	100	100	86	86

A 6-tételes változat lehetséges küszöbértékét is kiszámoltuk. Míg a 18- és a 9-tételes skálák esetében a látens osztályok csoportátlagai alapján javasoltuk a cut-off értéket. Jelen esetben további elemzést végeztünk annak érdekében, hogy a határérték minél pontosabban és empirikusabban, minél inkább alátámasztott módon legyen meghatározva. Ennek megfelelően a 4.1–3. ábrán bemutatott problémás csoportot tekintettük a standardnak (kritérium csoport), s azt vizsgáltuk, hogy mi az a határérték, amely ezen csoport tagjait megbízhatóan elkülöníti a többi vizsgálati személytől. A szenzitivitást, a specificitást, a pozitív prediktív értéket (positive predictive value, PPV), a negatív prediktív értéket (negative predictive value, NPV) a 4.1–17. táblázat mutatja. Ez alapján a 15-ös pontszám javasolható határértéknek. Ebben az esetben a szenzitivitás 85%, míg a specificitás 98%.

#### 4.1.4 A 9-tételes PIUQ validálása kínai egyetemisták mintáján (VIII. vizsgálat)

A 4.1.2 fejezetben számba vett kívánalmak közül az 5. szempont a kérdőívek kultúrközi használatára vonatkozik. A PIUQ ezen kívánalomnak való megfelelése érdekében a skála rövid, 9-tételes változatát kínai egyetemisták mintáján elemeztük (VIII. vizsgálat) (Koronczai és mtsai, 2013).

Konfirmátoros faktoranalízist (CFA) alkalmaztunk a PIUQ háromfaktoros modelljének vizsgálatára. A CFA elvégzéséhez a normalitás megsértésével szemben robusztus MLR becslési módszert alkalmaztunk (Muthén és Muthén, 1998-2007). A modell jó illeszkedést mutatott az adatokkal a 6. és 9. tételek közti hiba kovariancia felszabadítása után ( $\chi^2=118,5$   $df=23$   $p<0,001$ ; CFI=0,946; TLI=0,915; RMSEA=0,074 [0,061–0,087]; SRMR=0,060). A háromfaktoros megoldás faktortöltéseinek standardizált becsléseit a 4.1–18. táblázat mutatja be. Minden faktortöltés 0,40 feletti. Az alskálák átlagai, szórás és Cronbach-alfa értékei szintén megtalálhatóak a 4.1–18. táblázatban. Az alskálák egymás közti korrelációja viszonylag magasnak bizonyult, ahogy azt a 4.1–19. táblázat mutatja.

4.1–18. táblázat A háromfaktoros megoldás faktortöltéseinek standardizált becslései a PIUQ-SF minden tételére

	Obszesszió	Elhanyagolás	Kontrollzavar
5. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretted volna?	0,72		
7. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni?	0,74		
8. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre?	0,81		
1. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess?		0,54	
3. Milyen gyakran internetezel olyankor, amikor inkább aludnod kellene?		0,66	
9. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten?		0,55	
2. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene az internetezéssel töltött időt?			0,72
4. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?			0,83
6. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?			0,49
Átlag	5,27	6,38	6,99
Szórás	2,32	2,17	2,54
Cronbach-alfa	0,80	0,61	0,70
Kompozit Reliabilitás Index	0,80	0,61	0,73
Átlagos megmagyarázott variancia	0,57	0,34	0,48
Diszkriminációs validitási együttható	0,76	0,58	0,70

*Konkurrens validitás.* A PIUQ-SF és ennek alszkálái minden esetben 0,4-nél nagyobb korrelációt mutatnak a CIAI faktoraival (4.1–19. táblázat). A két főskála korrelációja különösen magas; 0,822, de a CIAI főfaktora 0,7 körüli korrelációt mutat a PIUQ minden alszkálájával. 0,6 alatti korrelációt kizárólag a CIAI *Hangulatmódosítás* dimenziója esetében, valamint a CIAI Függőség és a PIUQ Kontrollzavar alszkálája közt találtunk (0,596).



4.1–19. táblázat A PIUQ-SF és a CIAI faktorok közötti korrelációk

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) PIUQ Obszesszió							
(2) PIUQ Elhanyagolás	,519						
(3) PIUQ Kontrollzavar	,489	,649					
(4) PIUQ – Teljes skála	,795	,854	,863				
(5) CIAI Konfliktus	,678	,702	,658	,806			
(6) CIAI Hangulatmódosítás	,441	,482	,445	,545	,494		
(7) CIAI Függőség	,624	,610	,596	,727	,757	,617	
(8) CIAI – Teljes skála	,691	,709	,671	,822	,925	,743	,902

A fentiek alapján a PIUQ-SF-9 háromfaktoros struktúrája megfelelően működött kínai egyetemisták mintáján is. A strukturális validitás megőrzése mellett a PIUQ a kínai kialakítású CIAI kérdőívvel végzett összehasonlításban szintén megfelelő konkurrens validitást mutatott. Egy a magyarországi kultúrától ennyire eltérő közegben történt pszichometriai megerősítés mindenképp biztató, de ezzel együtt is, a jövőben érdemes a PIUQ különböző változatait más kultúrákban, s más nyelvi területeken is vizsgálni.

#### 4.1.5 A problémás internethasználat kapcsolata a kinézettel való elégedettséggel, a depresszióval és a szorongással (I. vizsgálat)

##### 4.1.5.1 Az elemzés elméleti háttére és célkitűzése

Az internetfüggőség és különböző személyiségdimenziók, pszichopatológiai tünetek kapcsolata már a jelenség felbukkanásától fogva érdekelte a kutatókat (pl. Armstrong és mtsai, 2000; Cao és mtsai, 2007; Ko és mtsai, 2006; Lin és Tsai, 2002; Morahan-Martin és Schumacher, 2000; Shapira és mtsai, 2000; Yoo és mtsai, 2004; Young és Rodgers, 1998a). Azonban egészen a legutóbbi évekig a kutatások többsége megmaradt az egyszerűbb összefüggések elemzése szintjén, amely csak korlátozott következtetésekre adott lehetőséget a vizsgált jelenségekkel kapcsolatban (2.3. fejezet).

A legtöbbet talán az internetfüggőség és a depresszió kapcsolatát vizsgálták, amelyek során a legtöbb kutatás egyértelmű összefüggést talált közöttük (Caplan, 2002; L. M. Cheung és Wong, 2011; Fu, Chan, Wong és Yip, 2010; Ha és mtsai, 2007; K. Kim és mtsai, 2006; LaRose és mtsai, 2001; Morrison és Gore, 2010; Mythily és mtsai, 2008; Nyikos és mtsai, 2001; Spada és mtsai, 2008; Yang és Tung, 2007; Young és Rodgers, 1998b). Klinikai mintát tekintve, a leggyakoribb klinikai zavar az internetfüggőséggel diagnosztizált betegek között szintén a depresszió és egyéb hangulatzavarok, továbbá a szorongásos zavarok (pl. a szociális fóbia, generalizált szorongás) (Bernardi és Pallanti, 2009; Ko és mtsai, 2008; Shapira és mtsai, 2000).

Azonban a legtöbb vizsgálat keresztmetszeti kutatás, így az ok-okozati viszony nem állapítható meg. Néhány prospektív vizsgálat ugyanakkor azt mutatja, hogy az

internethasználat/internetfüggőség képes növelni a depressziós tünetek megjelenésének valószínűségét (Bessièrre és mtsai, 2008; Kraut és mtsai, 1998; Lam és mtsai, 2009; Van den Eijnden és mtsai, 2008). Másik oldalról egy tajvani longitudinális vizsgálat szerint (serdülők esetén) – más pszichiátriai tünetek mellett – a depresszió mértéke bejósolja az internetfüggőség megjelenését két éves időtartamot tekintve (Ko, Yen, Chen, Yeh és Yen, 2009).

Csak néhány kutatás helyezte el modellben a depressziót az internetfüggőséghez képest. Egy részük a tanuláselméleti megközelítést alkalmazta, amely modell szerint egy rejtett pszichopatológia (vagyis a depresszió, vagy a szociális szorongás, de gyakran a magányosság, féltékenység) maladaptív kogníciókon keresztül vezet a problémás internethasználathoz (Caplan, 2002, 2005; M. Liu és Peng, 2009; Peng és Liu, 2010; Spada és mtsai, 2008).

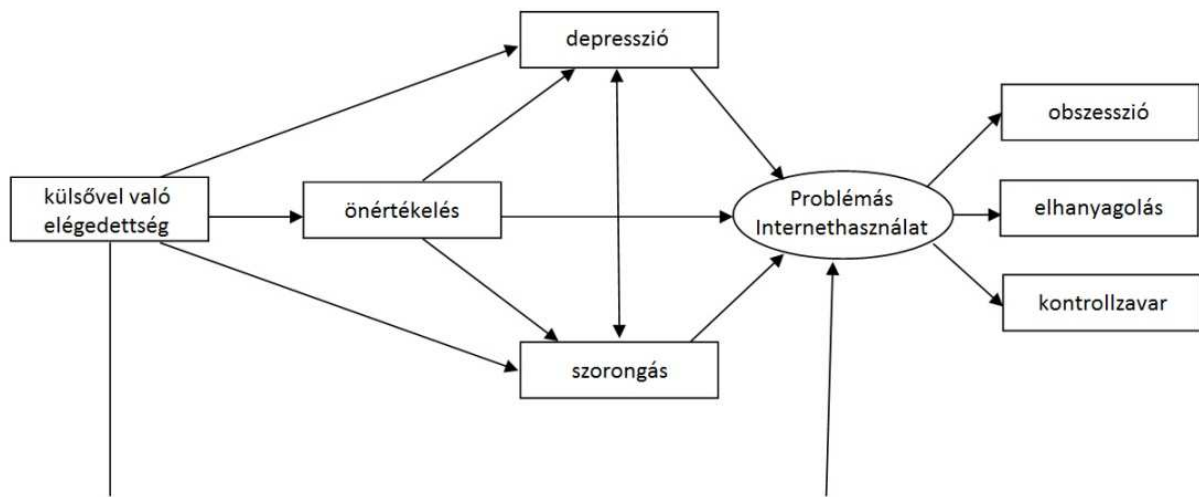
Szintén viszonylagosan sokat vizsgálták a szorongás és az internetfüggőség kapcsolatát. A *szorongás* mértéke együtt jár az internetfüggőség súlyosságával nem klinikai populációban is (pl. Mehroof és Griffiths, 2010; Ni, Yan, Chen és Liu, 2009; Nyikos és mtsai, 2001; Spada és mtsai, 2008; Xiuqin és mtsai, 2010). Specifikusan a szociális szorongás és az internetfüggőség kapcsolatát Davis és Caplan kognitív-viselkedéses modelljében többen is igazolták (pl. Caplan, 2007; C. Y. Liu és Kuo, 2007).

Szintén összefüggés mutatkozik a problémás internethasználat és az alacsony *önértékelés* között (Armstrong és mtsai, 2000; Caplan, 2002; De Berardis és mtsai, 2009; Niemz és mtsai, 2005; Nyikos és mtsai, 2001; Yang és Tung, 2007). Az önértékelés esetében még kevesebb – a depresszióhoz és a szorongáshoz képest – a több tényezőt is figyelembevevő tanulmány. Kim és Davis (2009) komplex modellje az alacsony önértékelés szerepét igazolta a problémás internethasználattal kapcsolatban, emellett kisebb mértékben a szorongás is pozitívan kapcsolódott a problémás internethasználathoz. Ezen kívül a szenzoros élménykeresés és az internethasználat által megtapasztalt flow érzését emelték ki a szerzők, mint a problémás internethasználat prediktorait. Utóbbi kettő hatását mediálja az internethasználat olyan célú használatának preferálása, mint a hasonló érdeklődésű csoportokhoz való csatlakozás, online játék, online vásárlás vagy aukciózás, zene vagy filmek letöltése, új emberekkel való ismerkedés, flörtölés vagy hírnév keresése. A szerzők az internethasználathoz kapcsolódó irreális optimizmus kognitív faktorait is kiemelik.

Szintén felmerül a *külsővel való elégedettség* szerepe, bár mindösszesen egy tanulmány hívta fel arra a figyelmet, hogy az obezitás prediktora lehet a problémás internethasználatnak, férfiak körében (Hetzel-Riggin és Pritchard, 2011). A kutatások alacsony száma ebben a témában azért is meglepő, mivel az internet egyik fő vonzereje abban rejlik, hogy a fizikai jelenlét hiányában biztosít kommunikációs teret, azaz lehetőséget biztosít az esetleges testi fogyatékoságok vagy hátrányos fizikai kinézet elrejtésére (Griffiths, 2000; Young, 1998a). Mindazonáltal, a *külsővel való elégedetlenség* az önértékelésre gyakorolt negatív hatását több tanulmány igazolta más összefüggésekben (Davison és McCabe, 2006; Delfabbro, Winefield, Anderson, Hammarström és Winefield, 2011; Mable, Balance és Galgan, 1986). Más tanulmányok a testi megjelenéssel való elégedetlenség és a depresszió (Gavin, Simon és Ludman, 2010; Marsella, Shizuru, Brennan és Kameoka, 1981; Wiederman és Pryor, 2000), illetve a szorongás (Izgic, Akyüz, Dogan és Kugu, 2004; Kostanski és Gullone, 1998; Sujoldzic és De Lucia, 2007) kapcsolatát jelezték.

Vizsgálatunk célja a fentiekkel összefüggésben az volt, hogy egy olyan modellt alakítsunk ki és teszteljünk, amely magában foglalja a külső megjelenéssel kapcsolatos

elégedetlenség érzését, valamint az önértékelés, a depresszió és a szorongás tüneteit, s ezen dimenziókat – a korábbi vizsgálatok szeparált elemzéseivel szemben – együttesen, egy közös modellben kezeli (Koronczai és mtsai, 2012). Egy ilyen modell megalkotása, nem csak a komplexebb elemzés lehetősége miatt tűnt fontosnak, hanem azért is, mert a szorongás, a depresszió és az önértékelés dimenziói mellett fontosnak találtuk a kinézettel való elégedettség dimenzióját is bevonni az elemzésbe, amely dimenziót, mint láttuk, eddig nem igazán vizsgáltak a problémás internethasználat vonatkozásában. Feltételeztük, hogy a testi kinézettel való elégedetlenség összefüggést mutat a depresszióval, a szorongással és az önértékeléssel (4.1–4. ábra), s szintén feltételeztük, hogy ez a három utóbbi tényező direkt kapcsolatban van a problémás internethasználattal. Feltételeztük továbbá, hogy a testi kinézettel való elégedetlenség mind közvetlenül, mind pedig közvetetten (a depresszió, a szorongás és az önértékelés mediáló hatásán keresztül) hat a problémás internethasználatra. Szintén feltételeztük, hogy ez a modell férfiak és nők esetében invariáns.



4.1–4. ábra A tesztelendő elméleti modell

#### 4.1.5.2 Statisztikai elemzések

Leíró elemzések segítségével meghatároztuk az egyes skálákra vonatkozó átlagokat és szórásokat, valamint az átlagok konfidenciaintervallumát (CI: 95%). A reliabilitás vizsgálata céljából kiszámoltuk a Cronbach-alfa értékeket, amit 0,70-es érték felett tartottunk elfogadhatónak (Nunnally és Bernstein, 1994). Független mintás t-próbát alkalmaztunk a nemi különbségek vizsgálatára és a különbségek nagyságát hatásméretek (Cohen d) segítségével határoztuk meg. Strukturális egyenlet modellezés során végzett útelemzés segítségével teszteltük a feltételezett modellt. A normál eloszlástól való eltérés miatt, minden SEM elemzés során a normalitás megsértésével szemben robusztus maximum valószínűség becslést (MLR) alkalmaztunk (Muthén és Muthén, 1987-2007). A modellek mind férfiakra mind nőkre való alkalmazhatóságának tesztelésére a két egycsoportos modell elemzésével szemben a többszoportos elemzést preferáltuk. Ez a módszer eredményezi a leghatékonyabb paraméterbecsléseket (Arbuckle, 1997), és invariancia teszteket (pl. faktor töltések,

interceptek, útvonal együttthatók) a nemre való tekintet nélkül érvényes, feltételezett modellekre vonatkozóan.

A modell illeszkedésének vizsgálatához a  $\chi^2$  illeszkedésvizsgálatot, a CFI (Comparative Fit Index), a Tucker-Lewis (TLI vagy NNFI), az RMSEA (root mean square error approximation) és az SRMR (standardized root mean square residuals) mutatókat alkalmaztuk. A CFI és a TLI a modell által megmagyarázott teljes varianciával állnak kapcsolatban és 0,90 érték feletti szintjüket tartjuk kívánatosnak (Bentler, 1990). Az RMSEA a reziduumok varianciájára vonatkozik. Elvárt értéke kisebb, mint 0,08 (Browne és Cudek, 1993). A 0,08 alatti SRMR értéket jó illeszkedésnek tekintjük (Kline, 2005). A leíró jellegű statisztikákat az SPSS 19.0 szoftvercsomaggal (SPSS Inc., 2010) végeztük. A SEM elemzésekhez az MPlus 6.0 (Muthén és Muthén, 1987-2007) szoftvert alkalmaztuk.

#### 4.1.5.3 Eredmények

Első lépésben a leíró statisztikai elemzéseket végeztük el, illetve a nemi különbségeket vizsgáltuk (4.1–20. táblázat). A PIUQ obszesszió skálája, valamint az összpontszám kivételével valamennyi esetben szignifikáns különbség mutatkozott a férfiak és a nők között. A férfiak (i) magasabb önértékelést, (ii) a külsejükkel való nagyobb mértékű elégedettséget, és (iii) magasabb PIUQ elhanyagolás értéket mutattak. Ugyanakkor, a nők (i) magasabb értéket jeleztek a STAI (szorongás) és a CES-D (depresszió) skálákon, valamint (ii) több kontrollzavar tünetet a PIUQ megfelelő skáláján. A hatásméretetek (Cohen d) a kinézettel való elégedettség és a PIUQ kontrollzavar alskálája esetében alacsonyok voltak (0,36 és 0,27), míg a többi skála esetében jelentéktelen mértékűek (0,2 alatti értékek). Valamennyi skála esetében 0,75 fölötti Cronbach-alfa értékek mutatkoztak (4.1–21. táblázat).

A javasolt mediátor modelt SEM módszerekkel teszteltük. Mivel a nemek közötti különbségek az önértékelés, depresszió és szorongás tekintetében közismertek, többszoportos elemzést hajtottunk végre az iskolázottság és a kor kontrollálása mellett. Annak érdekében, hogy teszteljük a mediátor modell invarianciáját, két modelt illesztettünk az adatokra. Így (i) M1 feltételezi, hogy a problémás internethasználat látens változójának faktortöltései invariánsak, és (ii) M2 feltételezi, hogy mind a faktortöltések, mind a strukturális útvonalak megegyeznek a két nem esetében. A kapott eredmények azt mutatják, hogy a relatív illeszkedési mutatók megfeleltek a kritériumértékeknek mind az M1 ( $\chi^2=61,507$  [ $\chi^2_{\text{FF}}=31,190$   $\chi^2_{\text{Nő}}=30,317$ ]  $df=28$ ; CFI=0,980 TLI=0,952 RMSEA=0,060 SRMR=0,024), mind az M2 ( $\chi^2=71,232$  [ $\chi^2_{\text{FF}}=34,990$   $\chi^2_{\text{Nő}}=36,242$ ]  $df=37$ ; CFI=0,979 TLI=0,963 RMSEA=0,053 SRMR=0,038) esetében. Mivel az útvonal együttthatóknak a két nem esetében egyenlő értékre állítása (4.1–5. ábra) után a szabadságfok nem csökkent szignifikánsan (Satorra-Bentler korrigált  $\chi^2$  különbség teszt=1.124  $\Delta df=9$   $p>0,05$ ) a mediátor modell megerősítésre került. Ez azt jelenti, hogy a komponensek struktúrája a két nem esetében megegyezik.

4.1–20. táblázat *Átlagok, szórások (SD) és konfidenciaintervallumok (CI) mindkét nem és a teljes minta vonatkozásában, továbbá hatásméret (Cohen d)*

	Teljes minta	Férfiak	Nők	t-próba	Cohen d
	átlag (SD) [95% CI]	átlag (SD) [95% CI]	átlag (SD) [95% CI]		
PIUQ Összpontszám	32,77 (10,40) [31,96–33,58]	32,46 (10,13) [31,43–33,50]	33,21 (10,78) [31,91–34,51]	0,89 <sup>n.sz.</sup>	0,07
PIUQ Obszesszió	9,30 (4,12) [8,98–9,62]	9,18 (4,03) [8,77–9,59]	9,47 (4,33) [8,95–9,99]	0,90 <sup>n.sz.</sup>	0,07
PIUQ Elhanyagolás	12,69 (4,43) [12,35–13,03]	13,01 (4,56) [12,55–13,47]	12,24 (4,20) [11,74–12,74]	2,21*	0,18
PIUQ Kontrollzavar	10,91 (4,07) [10,60–11,22]	10,46 (3,89) [10,07–10,85]	11,54 (4,24) [11,03–12,05]	3,39**	0,27
RSES (Önértékelés)	28,95 (5,45) [28,52–29,38]	29,34 (5,70) [28,75–29,93]	28,42 (5,04) [27,81–29,03]	4,38**	0,18
STAI (Szorongás)	43,35 (11,43) [42,45–44,25]	42,47 (11,29) [41,30–43,64]	44,54 (11,53) [43,14–45,94]	2,23*	0,18
CES-D (Depresszió)	35,63 (10,98) [34,76–36,50]	34,82 (10,54) [33,72–35,92]	36,73 (11,49) [35,33–38,13]	2,22*	0,17
Külsővel való elégedettség	26,26 (6,42) [25,75–26,77]	27,23 (6,07) [26,60–27,86]	24,93 (6,65) [24,12–25,74]	2,13*	0,36

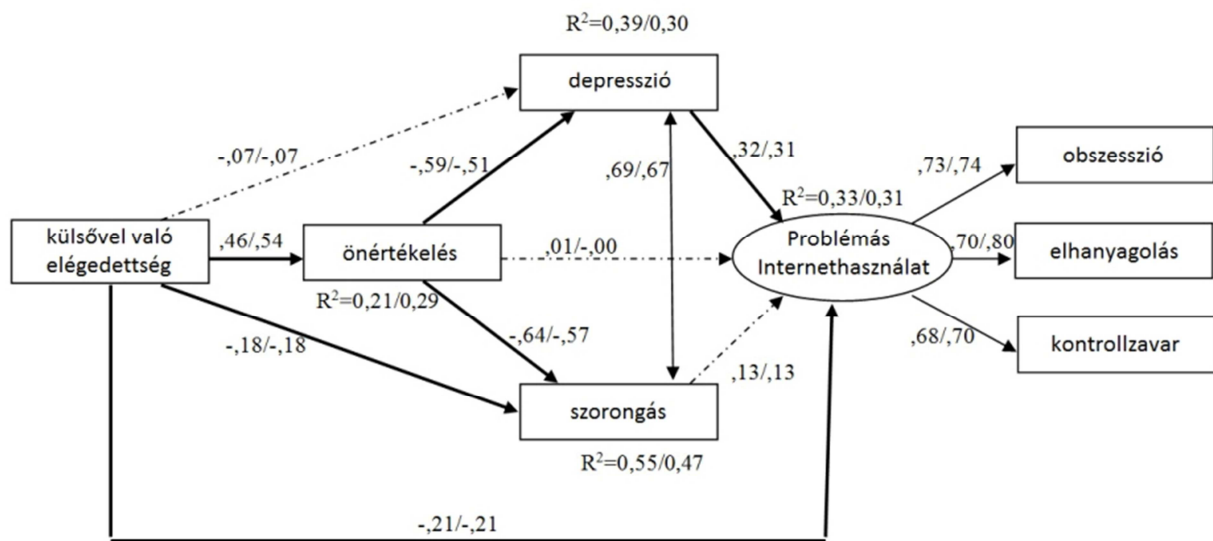
\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>n.sz.</sup> = nem szignifikáns.

4.1–21. táblázat *Korrelációs értékek és Cronbach-alfa értékek*

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	Cronbach -alfa
(1) PIUQ Összpontszám	0,83	0,85	0,80	–0,35	0,43	0,44	–0,35	0,885
(2) PIUQ Obszesszió		0,55	0,50	–0,29	0,36	0,36	–0,27	0,870
(3) PIUQ Elhanyagolás			0,49	–0,30	0,34	0,36	–0,26	0,761
(4) PIUQ Kontrollzavar				–0,31	0,37	0,36	–0,33	0,763
(5) RSES (Önértékelés)					–0,70	–0,60	0,50	0,872
(6) STAI (Szorongás)						0,80	–0,48	0,911
(7) CES-D (Depresszió)							–0,34	0,911
(8) Külsővel való elégedettség								0,809

Megjegyzés: Minden korrelációs együttható szignifikáns a Bonferroni-korrekció alapján, legalább p<0,0017 szinten.

Eredményeink (4.1–5. ábra) azt támasztották alá, hogy a testi megjelenéssel való elégedettség, nemtől függetlenül, szignifikáns direkt hatást gyakorolt a problémás internethasználatra. A testi megjelenéssel való elégedettség közvetlen szignifikáns hatással bír mind az önbecsülés, mind a szorongás vonatkozásában. A depresszió esetében azonban ilyen hatást nem tudtunk kimutatni. Az önbecsülés és a problémás internethasználat közti közvetlen útvonal nem szignifikáns. Mindazonáltal az önbecsülés közvetett hatással bírt a problémás internethasználatra, elsősorban a depresszión keresztül, mivel a szorongás és a PIUQ között az útvonal együtthatók nem bizonyultak szignifikánsnak ( $p>0,05$ ).



4.1–5. ábra A mediátor modell és a standardizált útvonal együtthatók. A többcsoportos elemzés eredményei a két nem esetében egyenlő faktortöltésekkel és útvonal együtthatókkal ( $M2$ ), és az endogén változók megmagyarázott varianciája

Megjegyzés: Szaggatott nyilak: nem szignifikáns útvonal együtthatók. Kétirányú nyíl: a szorongás és a depresszió mérési hibái közötti kovariancia.

A közvetett hatásokat illetően, kizárólag a *fizikai megjelenéssel való elégedettség* → *önértékelés* → *depresszió* → *problémás internethasználat* útvonal bizonyult szignifikánsnak (standardizált indirekt hatás  $-0,086$ ,  $p<0,001$  férfiak,  $-0,085$   $p<0,001$  nők esetén). A mediáció mértékét a mediált hatásnak a teljes hatáshoz viszonyított arányával becsültük. A mediáció hatása ezen az útvonalon 29% mind a nők, mind a férfiak esetében. A külsővel való elégedettség tehát magasabb önértékeléssel jár együtt, ami összefüggést mutat az alacsonyabb depresszióval, ami végső soron alacsonyabb mértékű problémás internethasználatot jelez. A testi megjelenéssel való elégedettségből kiinduló többi útvonal nem bizonyult szignifikánsnak ( $p>0,05$ ). A teljes modell a problémás internethasználat összvarianciájának 33,5%-át magyarázta a férfiak, és 31,5%-át a nők esetében.



#### 4.1.5.4 *Az eredmények értelmezése*

Jelen vizsgálat megerősítette, hogy a testképpel való elégedettség mind közvetlen, mind közvetett módon negatív összefüggést mutat a problémás internethasználattal. A modell továbbá mindkét nemre érvényesnek bizonyult, ellentétben Hetzel-Riggin és Pritchard (2011) eredményeivel, akik csak férfiak esetében találtak összefüggést a megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenség és a problémás internethasználat között. Vizsgálatunk megerősíti azokat a kutatási eredményeket is, amelyek az alacsony önbecsülés és a depresszív tünetek összefüggését mutatták ki problémás internethasználat, illetve online játék függőség esetében (Kuss és Griffiths, 2012b). A fizikai megjelenés ugyanakkor új dimenzióként szerepel modellünkben. Úgy tűnik, hogy a külsővel való elégedetlenségnek jelentős szerepe lehet abban, ha valaki elmerül abban a virtuális világban, ahol a valós, fizikai külső álcázható és/vagy elrejtethető, illetve adott a lehetőség egy vágyott, virtuális külső kialakítására. Nem zárhatjuk ki azonban azt a lehetőséget sem, hogy a vágyott, virtuális megjelenés tovább erősítheti a tényleges megjelenéssel való elégedetlenséget, tekintet nélkül az internethasználó objektív fizikai tulajdonságaira. A negatív testkép jelentőségét az internetfüggőség és az evészavarok gyakori komorbiditása is alátámasztja (Bernardi és Pallanti, 2009; Shapira és mtsai, 2000; Tao és Liu, 2009). Tekintve, hogy a külsővel való elégedetlenség és az abnormális étkezési szokások kapcsolata ismert (Juarascio, Perone és Timko, 2011; Mäkinen, Puukko-Viertomies, Lindberg, Siimes és Aalberg, 2012; Sonnevile és mtsai, 2012), ezen területek összekapcsolása hasonló oksági modellek tesztelésében a jövő feladata lehet.

Az eredmények értelmezésekor figyelembe kell venni ugyanakkor, hogy keresztmetszeti kutatási elrendezést alkalmaztunk, amelynek keretében önbeszámolón alapuló adatokat elemeztünk. Ezt a jövőben mindenképp érdemes lenne longitudinális elrendezéssel is kiegészíteni. A vizsgálat egy másik limitációjának tekinthető, hogy online adatfelvételt alkalmaztunk, amely az eredmények kontrollálásának akadályát jelenthette. Másrészt azonban ez a módszer számos előnnyel bírhatott abból a szempontból, hogy nyílt és őszinte válaszokat kapjunk egy ilyen szenzitív témában (Griffiths, 2012). Az eredmények alapján összességében elmondható, hogy a megjelenéssel kapcsolatos szubjektív percepciók feltárása és esetleges korrekciója – különösen serdülőkorban – hasznos eleme lehet a problémás internethasználat vagy internetfüggőség kezelését célzó intervencióknak. A fizikai megjelenéssel kapcsolatos érzelmek tudatosítása szintén hasznos részét képezhetné a serdülőket érintő prevenciós tevékenységeknek.

#### 4.1.6 *A problémás internethasználat és a tünetskálák kapcsolata (III. vizsgálat)*

Egy másik elemzésben szűkebben az egyes pszichológiai tünetskálák, illetve az impulzivitás és a problémás internethasználat kapcsolatára voltunk kíváncsiak. Az elemzéshez az OLAAP vizsgálat adatait használtuk (III. vizsgálat), az elemzett dimenziók pedig a PIUQ kérdőív mellett az SCL-90 skála kilenc alskálája, valamint a BIS-11 dimenzió voltak. A strukturális egyenlet modellezéssel (structural equation modeling, SEM) végzett két elemzésből az első esetben csak a kilenc SCL-90 skála szerepelt, a második elemzésben azonban a BIS-11 skála is bekerült a modellbe. Az elemzések maximum valószínűség becsléssel (MLR) az MPLUS 6.0 alkalmazás segítségével készültek.

A vizsgált dimenziók közötti korrelációs kapcsolatot a 4.1–22. táblázat mutatja. Látható, hogy a problémás internethasználat mértéke (PIUQ) valamennyi tünetskálával és az

impulzivitással is legalább 0,2 szinten ( $p < 0,001$  minden esetben) korrelál. Magasabb, 0,3 feletti korreláció a kényszeresség, az interperszonális érzékenység, a szorongás, az ellenségesség, a paranoiditás és a pszichotizmus, továbbá az impulzivitás esetében mutatkozott.

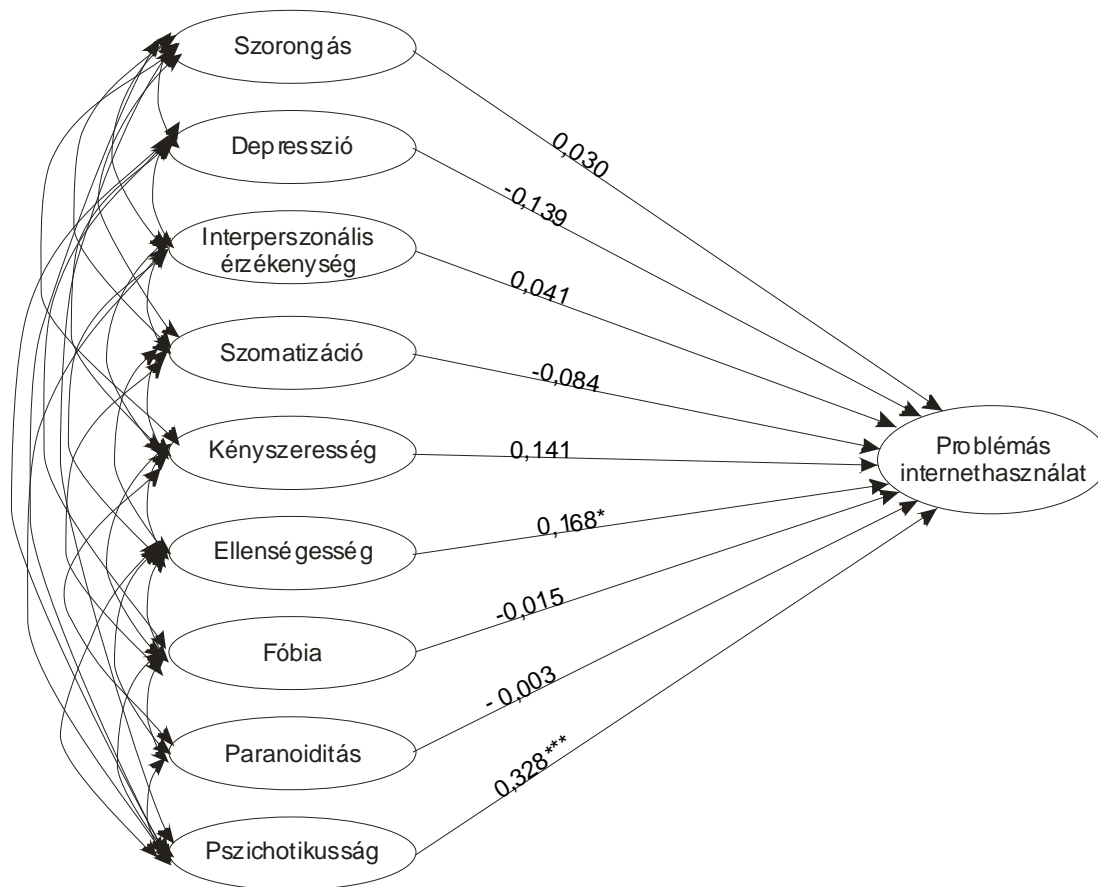
4.1–22. táblázat A problémás internethasználat és az egyes tünetskálák közötti korrelációs értékek

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) PIUQ										
(2) Szomatizáció	0,201									
(3) Kényszeresség	0,341	0,711								
(4) Interperszonális érzékenység	0,338	0,614	0,799							
(5) Depresszió	0,279	0,738	0,850	0,803						
(6) Szorongás	0,316	0,791	0,838	0,786	0,865					
(7) Ellenségesség	0,368	0,541	0,684	0,693	0,658	0,711				
(8) Fóbia	0,266	0,656	0,701	0,667	0,692	0,771	0,580			
(9) Paranoiditás	0,322	0,546	0,730	0,781	0,718	0,724	0,684	0,574		
(10) Pszichotizmus	0,411	0,602	0,764	0,768	0,730	0,764	0,678	0,701	0,710	
(11) Impulzivitás	0,310	0,200	0,326	0,307	0,286	0,311	0,350	0,258	0,258	0,309

Megjegyzés: Minden korrelációs együttható szignifikáns ( $p < 0,001$ ).

Ugyanakkor az egyes skálák egymással is igen magas korrelációt mutattak, így mindenképp indokoltnak tűnt a skálák és a PIUQ kapcsolatát egy közös modellben vizsgálni. A tünetskálák és a PIUQ kapcsolatát SEM elemzéssel vizsgálva (4.1–6. ábra) azt látjuk, hogy a pszichotikusság (0,328) és az ellenségesség (0,168) hatása marad szignifikáns, s utóbbihoz hasonló mértékű, bár nem szignifikáns hatás mutatkozott még a kényszeresség esetében.

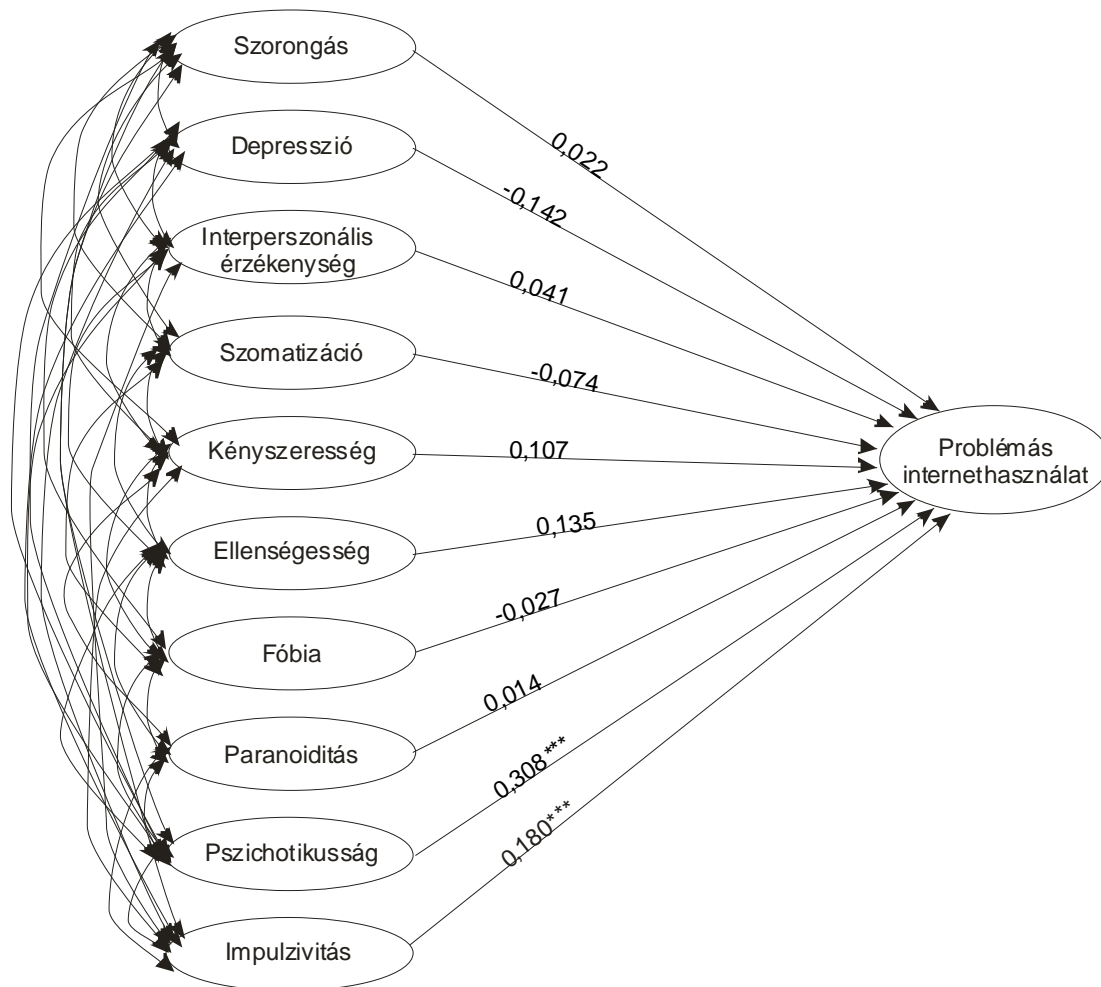




4.1–6. ábra A problémás internethasználat kapcsolata a tüneteskálákkal

Megjegyzés: A nyilak a standardizált együtthatókat jelölik. \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Amennyiben a modellbe az impulzivitás dimenziót is beemeljük, a kép annyiban változik, hogy az ellenségeség dimenzió elveszíti szignifikáns hatását, ugyanakkor az impulzivitás hatása szignifikáns lesz (0,180) (4.1–7. ábra).



4.1–7. ábra A problémás internethasználat kapcsolata a tüneteskálákkal és az impulzivitással

Megjegyzés: A nyilak a standardizált együtthatókat jelölik. \*\*\* $p < 0,001$ .

## 4.2 Problémás online játék

Az online játékok területét a IV. és a VII. vizsgálat érintette. Előbbi kifejezetten erre a kérdéskörre fókuszált, s egy részletes, feltáró vizsgálat volt, online játékosok körében. Ezen vizsgálat lényegében három fő célt fogalmazott meg, amelyeket az alábbiakban a 4.2.1., a 4.2.2., és a 4.2.4. fejezetekben mutatok be. Az első célkitűzés az online játékosok szociodemográfiai és játszási jellemzőinek feltárására irányult (4.2.1. fejezet), a második egy, az online játézással kapcsolatos problémák súlyosságának mérésére alkalmas kérdőív kialakítását foglalta magába (4.2.2. fejezet), míg a harmadik (4.2.4. fejezet) egy az online játszás motivációs hátterét feltáró kérdőív kialakítását célozta. A VII. vizsgálat, amely normál populációs, középiskolás vizsgálat volt, a 4.2.2. fejezetben bemutatott súlyosság becslő skála rövidített változatának validálását tette lehetővé (4.2.3. fejezet).

#### 4.2.1 Az online számítógépes játékokat játszóknak tipológiája (IV. vizsgálat)

Mint láttuk a bevezető részben, igen kevés olyan kutatás készült, amely a MMOG játékosok szociodemográfiai és játékos jellemzőit vizsgálta, s ezek is szinte kizárólagosan az MMORPG játékosokat vették célba. Jelen elemzés célja tehát az volt, hogy olyan felmérést készítsünk, amely lehetővé teszi a három nagy MMOG típus játékosainak összehasonlítását szociodemográfiai jellemzőik, valamint játékoshasználati jellemzőik mentén.

##### 4.2.1.1 Statisztikai elemzés

A játékosok látens osztályainak meghatározása érdekében látens profil elemzést végeztünk. A látens profil elemzés (Collins és Lanza, 2010) egy kategorikus látens változókkal és folyamatos indikátor változókkal végzett látens változó elemzés. A látens profil elemzésre tekinthetünk személyközpontú elemzésként, mivel a játékosok olyan altípusait keresi, akik a játékos viselkedés jellemzőinek hasonló mintázatait mutatják. A látens osztályok számának meghatározása során számos kritériumot alkalmaztunk, beleértve a Bayesi Információs Kritérium függvény indexét (Bayesian Information Criteria Parsimony Index), a keresztclassifikáció minimumát (minimization of cross-classification), az entrópiát és a csoportok interpretálhatóságát. A végső döntést a Lo-Mendell-Rubin Valószínűségi Hányados Tesztre (Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test) alapoztuk. Ez a teszt összehasonlítja az  $n$  számú látens osztályt tartalmazó modellt, az  $n-1$  számúval. A szignifikáns  $p$ -érték ( $p < 0,05$ ) azt jelzi, hogy az  $n-1$  számú modellt elvetjük az  $n$  osztályt tartalmazó modell javára.

##### 4.2.1.2 A játékosok látens profil elemzése

A játékosok látens osztályainak azonosításához a különböző típusú játékokkal eltöltött idő látens profil elemzését végeztük el. Egytől kilencosztályos megoldásokat vizsgáltunk. A 4.2–1. táblázat bemutatja az egyes megoldásokra vonatkozó információ alapú kritériumokat és az entrópiát. Az AIC, BIC és az elemszámra kontrollált BIC folyamatos csökkenést mutatott az egyes osztályok hozzáadása nyomán. A nyolcosztályos megoldás után azonban kiegyenlítődés mutatkozott. Az entrópiát tekintve, a nyolc- és kilencosztályos megoldások érték el a maximum szintet. Az L-M-R Teszt alapján a nyolcosztályos megoldást fogadtuk el.

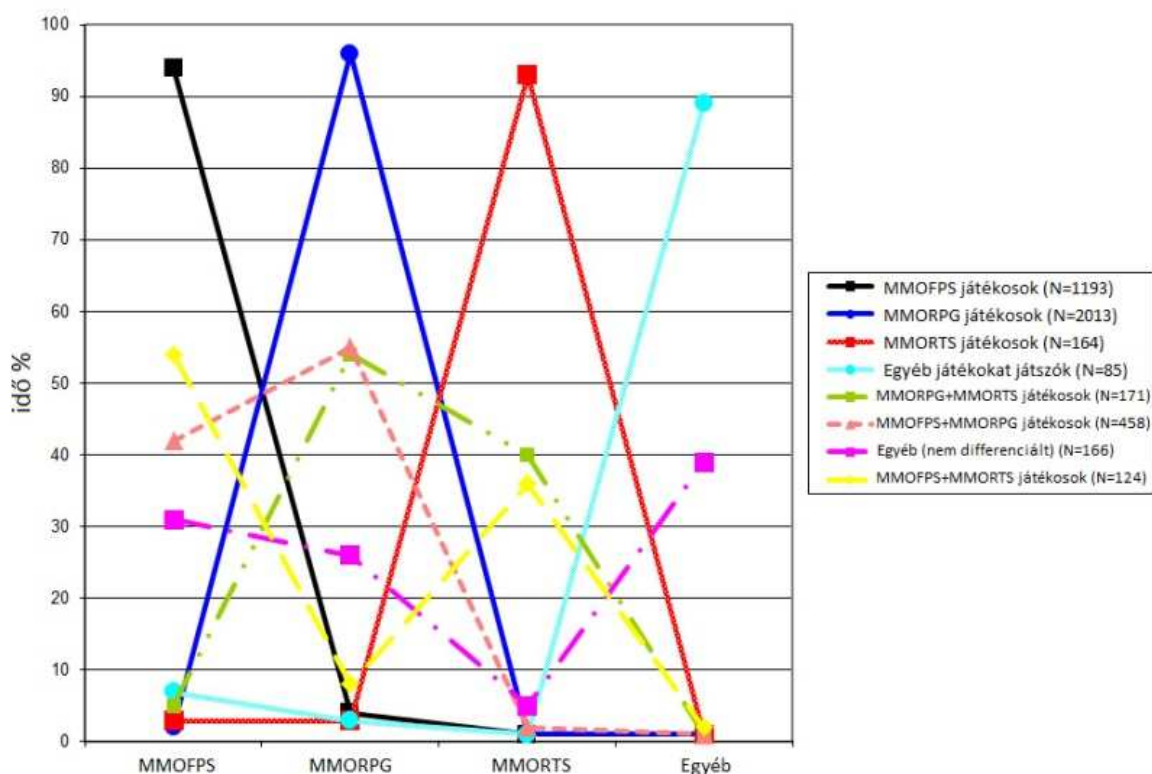
A 4.2–1. ábra az osztályok jellemzőit mutatja be. Amint az látható, négy „tisztá” osztály emelkedett ki, amelyek mindegyikébe olyan online játékosok tartoztak, akik a négy alapvető játéktípus közül (MMORPG, MMOFPS, MMORTS és egyéb játékok) kizárólag az adott típusú játékot játszották. A játékosok összesen 79%-a tartozott e négy osztály valamelyikébe. A legnagyobb osztályt az MMORPG játékosok alkották. Az összes játékos 46%-a tartozott ebbe a kategóriába ( $n=2013$ ). Ezt követte az MMOFPS ( $n=1193$ ), az MMORTS ( $n=164$ ), majd az egyéb játékosok osztálya ( $n=85$ ). Ezen osztályok mellett négy vegyes osztály is azonosításra került: MMORPG+MMORTS ( $n=171$ ),

MMORPG+MMOFPS (n=458), illetve MMORTS+MMOFPS (n=124). Az utolsó, kevert csoport 166 játékost foglal magába, és az MMOFPS, MMORPG és egyéb játékok együttes preferenciája jellemzi.

4.2–1. táblázat Játékosok látens osztály elemzésének illeszkedési mutatói

A látens osztályok száma	AIC	BIC	SSABIC	Entrópia	L-M-R Test	p
2	156475	156558	156516	0,957	7910	0,0001
3	149089	149204	149147	0,977	7223	0,0001
4	141932	142079	142005	0,983	7790	0,0001
5	138434	138613	138524	0,983	3426	0,0001
6	135235	135446	135541	0,983	3134	0,0001
7	132534	132777	132656	0,983	2648	0,0002
8	130730	131004	130867	0,986	1772	0,0023
9	129327	129633	129480	0,987	1380	0,2287

Megjegyzés: AIC: Akaike Information Criteria; BIC: Bayesian Information Criteria; SSABIC: Sample size adjusted Bayesian Information Criteria; L-M-R Test: Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test; p: a p-érték az L-M-R Tesztre vonatkozik.



4.2–1. ábra MMOG játékosok látens profil elemzése a különböző játéktípusokkal töltött idő alapján

#### 4.2.1.3 A játéktípusok jellemzői

A játékos osztályok közti különbségek feltárása érdekében megvizsgáltuk az egyes osztályok és a demográfiai változók, illetve játékkal összefüggő változók kapcsolatát. A változó típusától függően  $\chi^2$  tesztet vagy ANOVA-t alkalmaztunk. A nők a legnagyobb százalékban az *egyéb* játékokat kedvelők csoportjába (16,5%), illetve az MMORPG csoportba (13,9%) tartoztak. A legalacsonyabb a nők aránya (2%) a MMOFPS csoportban, és a vegyes csoportokban (1,6–9,6%) volt. Az MMOFPS játékosok átlagosan két évvel voltak fiatalabbak (19,8 év), mint az MMORPG játékosok, és 2,4 évvel fiatalabbak, mint az MMORTS játékosok. A legalacsonyabb szocioökonómiai státusszal és legalacsonyabb iskolázottsággal az MMOFPS játékosok rendelkeztek. Emellett ebben a csoportban volt a legnagyobb az aránya azoknak is, akik nem éltek párkapcsolatban (70,9%), illetve a legkisebb azoknak az aránya, akik teljes munkaidőjű állással rendelkeztek (17,8%) (4.2–2. táblázat).

Az MMORPG játékosok töltötték a legtöbb időt játékkal, 38%-uk több mint 28 órát játszott hetente (vagyis több mint 4 órát naponta). A többi játéktípust játszóknak között a heti 28 óránál többet játszóknak aránya 19,7% (MMOFPS), 17,7% (MMORTS), illetve 9,5% (egyéb játékok). Összességében az egyéb játékokat játszó személyek 73,8%-a, az MMORPG játékosok 28,6%-a, az MMOFPS játékosok 44,7%-a és az MMORTS játékosok 48,2%-a vallotta azt, hogy két óránál kevesebb időt tölt játékkal naponta. Egyik csoportra sem volt jellemző az, hogy a játékosok jelentős összeget költöttek volna a játékokra. Azon játékosok aránya, akik 10.000 Ft-nál többet költöttek a játékokra havonta, 1,4% és 4,1% közé esett, míg 41,7–69,8% egyáltalán nem költött pénzt erre a tevékenységre. A professzionális játékosválas leginkább az MMORPG játékosokra (17,1%), és az MMOFPS játékosokra (17%) volt jellemző. Emellett az ezt a két játéktípust játszó személyek több mint 80%-a tartozott valamilyen amatőr, félprofesszionális vagy professzionális csapathoz. Ezzel szemben az MMORTS játékosok csupán 59%-a, az egyéb játékokat játszóknak pedig csupán 36,5%-a tartozott valamilyen csapathoz.

A többváltozós elemzések során a fókusz az egyértelmű játékpreferenciákkal bíró három csoportra került, mivel a játékosok nagy többsége ezen csoportok valamelyikébe sorolható. A csoportok összehasonlításának céljából három bináris logisztikus regressziót végeztünk az adatokon (4.2–3. táblázat). Az MMOFPS játékosok közt az MMORPG játékosokhoz viszonyítva több volt a férfi, az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkező, illetve alacsonyabb iskolázottságú személy, valamint az MMOFPS játékosok közül kevesebben rendelkeztek teljes állással is. Ez a csoport kevesebb időt töltött játékkal és az ide sorolható személyek nagyobb valószínűséggel tartoztak valamilyen amatőr vagy félprofesszionális csapathoz. A szociodemográfiai változókat illetően az MMORTS játékosok csupán a nemek tekintetében tértek el az MMORPG játékosoktól – az MMORTS játékosok nagyobb valószínűséggel voltak férfiak. Az MMORTS játékosok továbbá kevesebb időt töltöttek játékkal, de hajlamosabbak voltak több pénzt költeni arra, és kisebb valószínűséggel voltak tagjai félprofesszionális csapatoknak. Az MMOFPS játékosok az MMORTS játékosokhoz viszonyítva nagyobb valószínűséggel voltak férfiak és rendelkeztek szakiskolai végzettséggel. A játékosok e két csoportja azonban nem különbözött jelentősen a játékjellemzőket illetően. Az egyetlen különbség a csoportok közt az volt, hogy az MMOFPS játékosok nagyobb valószínűséggel tartoztak félprofesszionális csapatokhoz.

4.2–2. táblázat Egyváltozós összefüggések a játékos típusok, demográfiai és játékkal kapcsolatos változók között

Változók	Teljes minta	Játékos típusok								Statistika (p)
		MMO-RPG	MMO-FPS	MMO-RTS	Egyéb játékok	MMOFPS +RPG	MMORP G + RTS	MMOFPS + RTS	Nem diff.	
Nem (nők %-a)	8,8	13,9	2,0	9,1	16,5	2,6	3,9	1,6	9,6	$\chi^2=172,8$ (<0,001)
Átlagéletkor (év) (SD)	20,72 (5,70)	21,84 (6,07)	19,76 (5,16)	22,16 (6,73)	21,28 (5,61)	18,58 (4,15)	20,74 (5,46)	19,41 (4,44)	19,40 (5,18)	F=30,3 (<0,001)
Szubjektív anyagi helyzet: átlag (SD)	3,48 (0,91)	3,52 (0,91)	3,44 (0,91)	3,50 (0,96)	3,69 (0,98)	3,45 (0,92)	3,44 (0,83)	3,38 (0,87)	3,39 (0,93)	F=2,16 (0,05)
Lakóhely (%)										
Budapest	26,7	28,4	25,9	25,6	24,7	24,5	26,5	25,8	22,3	$\chi^2=19,3$ (0,152)
Egyéb város	54,4	54,4	55,2	54,9	48,2	53,3	50,0	51,6	60,2	
Falu	18,9	17,2	18,9	19,5	27,1	22,2	23,5	22,6	17,5	
Iskolai végzettség (%)										
Alap	46,3	37,4	56,9	36,2	39,3	61,1	37,3	49,6	59,0	$\chi^2=233,8$ (<0,001)
Szakképzettség	4,9	4,1	6,0	3,7	4,8	4,0	6,5	6,5	7,8	
Érettségi	38,2	44,4	31,0	44,8	39,3	27,3	46,7	36,6	30,1	
Felsőfokú	10,6	14,1	6,1	15,3	16,7	7,7	9,5	7,3	3,0	
Családi állapot (%)										
Egyedülálló	66,3	61,9	70,9	58,0	56,6	71,9	62,0	80,3	79,3	$\chi^2=84,7$ (<0,001)
Kapcsolatban, de nem él együtt	21,9	23,4	20,0	24,7	31,3	19,9	29,8	13,9	13,4	
Együttélés	11,7	14,7	9,1	17,3	12,0	8,2	8,2	5,7	7,3	
Teljes idejű munka (%)	23,3	30,2	17,8	28,0	25,9	12,9	19,3	12,9	13,9	$\chi^2=121,2$ (<0,001)
Játékkal töltött idő (óra/hét)										
<7 óra	11,6	8,8	14,7	17,7	51,2	6,8	6,4	13,7	13,9	$\chi^2=349,5$ (<0,001)
7–14 óra	23,6	19,6	29,3	30,5	22,6	17,9	29,8	30,6	29,5	
15–28 óra	34,6	33,7	36,3	34,1	16,7	38,2	33,3	29,0	37,3	
29–42 óra	20,4	25,1	15,3	12,8	7,1	23,8	17,5	19,4	10,2	
>42 óra	9,8	12,9	4,4	4,9	2,4	13,3	12,9	7,3	9,0	
Játékra költött pénz havonta										
Semennyi	51,9	41,7	63,6	69,8	68,2	51,0	60,6	53,2	59,0	$\chi^2=252,1$ (<0,001)
<5.000 Ft / hónap	36,3	46,1	24,6	24,1	23,5	35,2	32,4	37,1	27,1	
5–10.000 Ft / hónap	9,4	10,7	7,7	3,7	4,7	11,6	7,1	8,1	10,2	
>10.000 Ft / hónap	2,3	1,4	4,1	2,5	3,5	2,2	0,0	1,6	3,6	
Amatőr csoport tagja	31,7	31,4	32,9	30,7	21,2	32,0	32,2	37,1	27,1	$\chi^2=8,6$ (0,283)
Félprofesszionális csoport tagja	34,1	34,1	38,4	17,8	10,6	37,1	26,5	38,7	27,1	$\chi^2=61,0$ (<0,001)
Professzionális csoport tagja	16,3	17,1	17,0	10,5	4,7	17,3	12,9	16,1	14,5	15,8 (0,027)

4.2–3. táblázat A játékos típusokat összehasonlító három bináris logisztikus regresszió

	MMOFPS játékosok vs. MMORPG játékosok <sup>1</sup>		MMORTS játékosok vs. MMORPG játékosok <sup>2</sup>		MMOFPS játékosok vs. MMORTS játékosok <sup>3</sup>	
Változók	Esélyhányados	95% CI	Esélyhányados	95% CI	Esélyhányados	95% CI
Nem						
Férfiak	8,54***	5,46–13,34	2,37**	1,32–4,25	2,87**	1,37–6,04
Nők	Ref.		Ref.		Ref.	
Kor (év)	1,00	0,97–1,02	1,03	0,99–1,08	0,98	0,93–1,03
Szubjektív anyagi helyzet	0,89*	0,81–0,97	0,91	0,76–1,10	1,02	0,84–1,24
Lakóhely						
Budapest	1,03	0,80–1,32	0,92	0,55–1,55	1,29	0,76–2,18
Egyéb város	0,99	0,79–1,23	0,92	0,59–1,43	1,13	0,72–1,79
Falu	Ref.		Ref.		Ref.	
Iskolai végzettség						
Általános iskola	2,32***	1,56–3,46	1,13	0,53–2,42	1,90	0,88–4,12
Szakiskola	3,39***	2,13–5,39	1,08	0,40–2,94	2,80*	1,02–7,67
Gimnázium	1,28	0,91–1,79	1,10	0,60–2,01	1,21	0,64–2,25
Főiskola/Egyetem	Ref.		Ref.		Ref.	
Családi állapot (%)						
Egyedülálló	1,01	0,73–1,39	0,92	0,51–1,66	1,45	0,78–2,70
Van partnere, de nem él vele	0,83	0,59–1,18	0,98	0,52–1,84	1,09	0,56–2,13
Együtt él partnerével	Ref.		Ref.		Ref.	
Teljes munkaidőben dolgozik						
Nem	1,34*	1,01–1,78	1,25	0,73–2,14	0,95	0,53–1,69
Igen	Ref.		Ref.		Ref.	
Játékkal töltött idő (óra/hét):						
Kevesebb mint 7 óra	7,73***	5,13–11,79	3,86**	1,64–9,11	1,72	0,68–4,35
7–14óra	6,74***	4,63–9,82	3,17**	1,40–7,15	1,71	0,71–4,14
15–28 óra	4,20***	2,94–6,00	2,53*	1,15–5,55	1,28	0,54–3,03
29–42 óra	2,06***	1,41–3,00	1,25	0,53–2,96	1,29	0,50–3,32
Több mint 42 óra	Ref.		Ref.		Ref.	
Játékra költött pénz havonta						
Nem költ	0,38***	0,22–0,65	0,67	0,21–2,10	0,60	0,20–1,79
<5.000 Ft havonta	0,15***	0,09–0,26	0,22**	0,07–0,68	0,69	0,23–2,12
5–10.000 Ft havonta	0,19***	0,10–0,33	0,18*	0,05–0,70	1,34	0,34–5,21
>10.000 Ft havonta	Ref.		Ref.		Ref.	
Amatőr csoport						
Igen	0,82*	0,68–0,97	0,87	0,60–1,26	0,88	0,60–1,29
Nem	Ref.		Ref.			
Félprofesszionális csoport						
Igen	0,72***	0,60–0,85	1,57*	1,01–2,44	0,40***	0,26–0,63
Nem	Ref.		Ref.			
Professzionális csoport						
Igen	0,96	0,77–1,21	1,25	0,72–2,20	0,63	0,36–1,12
Nem	Ref.					
Cox & Snell R <sup>2</sup>	0,19		0,05		0,05	
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,26		0,11		0,10	

<sup>1</sup>Az MMOFPS kódja 1, míg az MMORPG kódja 0 volt; <sup>2</sup>Az MMORTS kódja 1, míg az MMORPG kódja 0 volt; <sup>3</sup>Az MMOFPS kódja 1, míg az MMORTS kódja 0 volt.



#### 4.2.1.4 Diszkusszió

Jelen vizsgálat legfontosabb célkitűzése az volt, hogy egy nagy minta felhasználásával robusztus irányadó adatokat nyújtson a különböző típusú MMOG (massively multiplayer online game) játékosokról és sajátosságaikról a szociodemográfiai adatok és játékkal kapcsolatos jellemzők tekintetében. Jelen pillanatig ez a legkiterjedtebb olyan vizsgálat, amely átfogóan célozza meg a játékosok minden típusát, mivel az egyetlen hasonló vizsgálat (Ghuman és Griffiths, 2012), amelyről a tudomásom van, összesen 535 játékosal vett fel adatokat. Az eredmények azt mutatták, hogy az MMOG játékosok nagy többsége (79%) világos játékkpreferenciával rendelkezik. Ezzel kapcsolatban akár azt is feltételezhetjük, hogy bizonyos játékok ezekre specifikus pszichológiai szükségleteket elégítenek ki és a játékkpreferenciák ezek mentén formálódnak. Ez implikációkkal bírhat arra nézve, hogy egyes emberek miért játszanak túl sokat, és hogy egy kisebb csoportnál miért alakul ki a problémás játékviselkedés (Kuss és Griffiths, 2012a). E lehetséges értelmezés igazságtartalmának megállapítása azonban további empirikus kutatásokat igényel.

A felmérés lehetőséget teremtett továbbá arra, hogy jellemezzük és összehasonlítsuk az online játékosok különböző típusait. Jansz és Tanis (2007), valamint Ghuman és Griffiths (2012) eredményeihez hasonlóan, az MMOFPS játékosok más játékosokkal történt összehasonlítás során azt az eredményt kaptuk, hogy az MMOFPS játékosok szinte kizárólag férfiak, fiatalabbak, kevésbé iskolázottak és alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkeztek. Lehetséges magyarázat lehet erre, hogy az ilyen típusú játékokhoz kisebb tudásra van szükség, mint más játékokhoz. Az MMOFPS játékosok közel kétharmada egyáltalán nem költött pénzt a játékra, ugyanakkor az ebbe a csoportba tartozó játékosok között – a többi csoporthoz képest – magasabb arányban (4,1%) voltak azok, akik többet költöttek, mint 10.000 Ft. Az MMORPS játékosok többségében tanulók voltak, és bár kevesebb időt töltöttek játékkal, mint az MMORPG játékosok, vulnérabilis csoportnak tekinthetők, ha másért nem, akkor az életkorukból adódóan. Az MMORPG játékosok több időt töltöttek játékkal, mint más játékosok. Ez két feltételezésre ad okot: az egyik, (i) hogy a szerepjátékok, strukturális jellegzetességeikből adódóan nagyobb megerősítést nyújtanak a játék során, mint más játékok, és/vagy (ii) a szerepjátékokat játszóknak olyan demográfiai és/vagy belső pszichológiai jellemzőkkel rendelkezhetnek, amelyek elősegítik és/vagy felerősítik a hosszantartó játékot (D. King és mtsai, 2011).

Az MMORPG játékosok bizonyultak a legsebezhetőbb csoportnak a problémás játék szempontjából, mivel ők töltötték a legtöbb időt a játékkal. Körülbelül 13%-uk játszott hatnál több órát egy nap, míg további egynegyedük (25,1%) töltött 4–6 órát egy nap játékkal. Az idő ilyen módon való tartós felhasználása zavart okozhat más alapvető vagy fontos tevékenységek elvégzésében. Ezért ez a jelenség kétségkívül további figyelmet igényel, különösen a lehetséges problémás és/vagy addiktív játszás (Demetrovics és Griffiths, 2012; Demetrovics és mtsai, 2012; Kuss és Griffiths, 2012a, 2012b). A jelen vizsgálat mindazonáltal nem tud választ adni arra a kérdésre, hogy ez a fajta involváltság milyen mértékben átmeneti, vagy tartós jelenség. A kérdésre adott válasz azonban minden bizonnyal központi jelentőséggel bírna a jelenséghez kapcsolódó rizikó felbecslése szempontjától. Longitudinális kutatások pontosabb választ adhatnak erre a kérdésre. Habár az arányok alacsonyabbak, az MMOFPS és MMORTS játékosok közel 20%-a játszott négy óránál többet egy nap. Ebből kifolyólag, a jelenség további figyelmet igényel. A sok játékkal töltött idő mellett, amelyet korábbi empirikus kutatások egyértelmű rizikófaktoraként



azonosítottak (pl. Hussain és Griffiths, 2009; Hussain, Griffiths és Baguley, 2012), az ezekre a játékokra fordított anyagi kiadások nem tűnnek jelentősnek. A játékokra havonta 10.000 Ft-nál többet költő online játékosok a teljes mintának csak néhány százalékát tették ki.

Néhány tanulmány az MMOG játékok társas aspektusát hangsúlyozza (pl. Cole és Griffiths, 2007; Ducheneaut, Yee, Nickell és Moore, 2006; Griffiths és mtsai, 2011; K. M. Lee, Jeong, Park és Ryu, 2011; M. C. Lee és Tsai, 2010; Weibel, Wissmath, Habegger, Steiner és Groner, 2008; N. Yee, 2006c) és a jelen tanulmány eredményei szintén megerősítik ennek fontosságát. A játékosok jelentős száma – különösen az MMORPG és MMOFPS játékosok – állandó tagja valamilyen amatőr, félprofesszionális vagy professzionális csapatnak. Annak ellenére, hogy az online interperszonális kapcsolatok kérdése szintén ellentmondásos, ezeknek a kapcsolatoknak a jelentőségét mindenképpen ki kell emelnünk. Ezek a kapcsolatok nem feltétlenül jelentik a valós időben ápoltságuktól való elidegenedést. Ahogy azt Griffiths (2010b) a túlzott játék kontextusát vizsgáló kutatásában kiemelte, a játékok segíthetnek az elszigeteltség elkerülésében, társas igényeket elégíthetnek ki, és a való életben kialakított kapcsolatok kezdetét is jelenthetik. E csoport alapú kapcsolatok dinamikájának, történetének és szerepének vizsgálata szintén a jövő empirikus kutatásainak feladata.

Jelen tanulmány egyértelműen rendelkezik néhány limitációval. Az adatok a kérdőív önkéntes kitöltésén és önbeszámolón alapulnak, továbbá a minta kizárólag magyar játékosok válaszait tartalmazza. Ebből kifolyólag az adatok általánosíthatósága megkérdőjelezhető. A limitációk ellenére azonban, jelen tanulmányra tekinthetünk az első lépésként az MMOG játékosok fő típusait illető robusztus adatok gyűjtésében és egy irányadó ismeretanyag megszerzésében. Jelen pillanatban ez a legkiterjedtebb kutatás, amely a különböző játékközpontúkkal jellemezhető játékosok összehasonlítását, valamint domináns jellemzőségeinek azonosítását célozza. A kutatás további érdekes kérdéseket is felvetett, amelyek a jövőbeli vizsgálatok által tanulmányozásra érdemesek. Az egyik ilyen kérdés a játékközpontú időbeli stabilitása. Egy másik kérdés továbbá, hogy a vegyes központú csoport esetében – amely a játékos populáció mintegy ötödét teszi ki – az elsődleges központú vajon az idő során alakul ki, vagy épp ellenkezőleg, a vegyes központú egy korábbi központú elvesztésének következménye. Jövőbeli kutatások keretében érdemes lenne megvizsgálni továbbá azokat a személyiségbeli vagy motivációs tényezőket (Demetrovics és mtsai, 2011), amelyek összefüggést mutatnak a különböző típusú játékok központújával, valamint azt is, hogy a problémás játék milyen mértékű kapcsolatot mutat ezekkel a központúkkal.

#### 4.2.2 A Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ) kialakítása (IV. vizsgálat)

##### 4.2.2.1 Háttér és célkitűzések: a problémás online játék súlyosságának mérése

A fent bemutatott kérdéshelyzetek szintén azt sugallják, hogy a jelenség pontos mérése valamint szűrése sürgős megoldásra váró feladat. Az online játék problémáságának mérése céljából számos szerző az internetfüggőség általános jelenségéből kiindulva alakított ki kérdőíveket (Young, 1998a), míg mások Griffiths (1995, 2005a) viselkedési addikció modelljének operacionalizálását kísérelték meg. Az azonosított kérdőívek használatának

jelentős korlátja azonban, hogy legtöbbjük az MMORPG játékosokat célozza meg (Charlton és Danforth, 2007; M. G. Kim és Kim, 2010; Ng és Wiemer-Hastings, 2005; C. S. Peters és Malesky, 2008; Smahel és mtsai, 2008). Habár ez a fajta játék valóban a legnépszerűbb az online játékok közül, a játékosok populációja ennél változatosabb, épp ezért szükség van egy olyan mérőeszköz kifejlesztésére, amely a további típusok és játékos populációk – például az RTS és FPS játékokat játszó – mérésére is alkalmas.

Ez a típusú általános spektrum kérdőív két korai kezdeményezésből született (Chou és Ting, 2003; Young, 1998a), azonban az ide tartozó eszközök pszichometriai tulajdonságairól igen kevés információval rendelkezünk. Az offline és online videojátékokkal kapcsolatos problémákra irányuló kutatásokat (D. L. King, Delfabbro és Zajac, 2011; Lemmens és mtsai, 2009) tekinthetjük idevonatkozó törekvéseknek. A videojátékok és a játékosok jellegzetességei azonban nagymértékben eltérnek az MMOG és az ilyen játékokat játszó populációjának jellegzetességeitől (De Prato és mtsai, 2010). Éppen ezért volt szükséges egy olyan kérdőív kifejlesztése, amely (i) az ezekhez a játékokhoz köthető problémák mérésére alkalmas, (ii) elkülönül az offline játékoktól, (iii) lefedni képes az összes online játékot, és (iv) megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal bír.

Kutatásunk célja tehát kettős volt. Először is az, hogy feltérképezzük a problémás online játék komponenseit, másodsorban pedig, hogy ezeket a dimenziókat mérhetővé tegyük, tehát egy olyan skálát fejlesszünk ki, amelyen az azonosított dimenziók mérése lehetségessé válik. A korábbi kutatásokkal ellentétben arra törekedtünk, hogy egy olyan kérdőívet fejlesszünk ki, amely az MMOG minden típusának mérésére alkalmas. Továbbá szándékunkban állt egy olyan empirikus elemzés elvégzése, amely biztosítja, hogy a problémás játék egyetlen komponense sem marad figyelmen kívül.

#### 4.2.2.2 *Statisztikai elemzés*

A statisztikai elemzés során feltárási faktoranalízist (EFA) végeztünk robusztus maximum valószínűség becsléssel (MLR) az MPLUS 6.0 alkalmazás segítségével. Az illeszkedésvizsgálatban az RMSEA mutatót, ennek 90%-os megbízhatósági intervallumát (90% CI), és a szoros illeszkedés vizsgálatához 0,05-nél kisebb p értéket alkalmaztunk ( $C_{fit} > 0,05$ ). A javasolt faktorstruktúra kiválasztása során az illeszkedésvizsgálat eredményeit és a faktorok interpretálhatóságának szempontját tartottuk szem előtt.

Az EFA által feltárt faktorstruktúrát független mintákkal végzett konfirmációs faktoranalízis (CFA) segítségével erősítettük meg. A CFA-t robusztus maximum valószínűség becsléssel végeztük az MPLUS 6.0 alkalmazásban. Az illeszkedésvizsgálatban az RMSEA mutatót, ennek 90%-os megbízhatósági intervallumát (90% CI), és a szoros illeszkedés vizsgálatához 0,05-nél kisebb p értéket alkalmaztunk ( $C_{fit} > 0,05$ ), valamint az SRMR, CFI és TLI mutatókat. Brown (2006) és Kline (2005) ajánlása nyomán több mutatót is kiválasztottunk annak érdekében, hogy többféle információ alapján értékelhessük a modell illeszkedését.

A fenti elemzések elvégzéséhez négy különálló csoport került véletlenszerű kiválasztásra a teljes mintából. Az első mintán ( $n=600$ ) az eredeti 26 tételen végeztük el az első EFA-t. A második mintát ( $n=600$ ) arra használtuk fel, hogy egy különálló EFA segítségével keresztvalidálhassuk az első elemzésben kapott faktorstruktúrát. A harmadik

mintán (n=600) végeztük el a megerősítő faktoranalízist (CFA). A modifikációs mutatók vizsgálata után a CFA modellt ismét keresztvalidáltuk a negyedik minta (n=1615) segítségével.

A problémás játék magas kockázatával jellemezhető felhasználói csoportok azonosításához egy személyorientált statisztikai keretrendszer került kiválasztásra, mely a játékosok olyan altípusainak keresését szolgálja, amelyekben a problémás használatra jellemző tünetek hasonló mintázatai találhatók meg. Ezért egy 1–6. osztállyal végzett látens profil elemzést hajtottunk végre a teljes mintán (n=3415). A látens profil elemzés (Collins és Lanza, 2010; Vermunt és Magidson, 2002) egy diszkrét látens változóval – jelen esetben a problémás játékosok – és folytonos megfigyelt változókkal – mint a POGQ faktor pontszámai – végzett látens változó elemzés. A látens osztályok meghatározásánál több kritériumot alkalmaztunk: BIC (Bayesian Information Criteria Parsimony Index), a keresztklasszifikáció minimuma, az entrópia és a csoportok (klaszterek) értelmezhetősége. A végső döntésnél még támaszkodtunk a Lo-Mendell-Rubin Tesztre, ami összehasonlítja az aktuális modellt (n csoport) az eggyel kisebb számú csoportot (n–1 csoport) feltételező modellel (Muthén és Muthén, 1998-2007). A szignifikáns ( $p < 0,05$ ) érték azt jelzi, hogy az n–1 csoportot tartalmazó modellt elutasítjuk és az aktuális modellt (n csoport) megtartjuk.

A POGQ határérték pontszámának meghatározása érdekében szenzitivitás elemzést folytattunk a látens profil elemzés során a legproblémásabb játékos csoportba való tartozás alapján. Az ebbe a csoportba való tartozást véve *diagnosztikus* kritériumnak („aranystandard”), minden lehetséges POGQ határérték pontszám esetében kiszámoltuk a szenzitivitás és specificitás értékeit. Az egyes határértékek pontossága tehát meghatározható azáltal, hogy mennyire pontosan tudja elkülöníteni a magas kockázati csoportba tartozókat a többi csoporttól. A szenzitivitást (valós pozitív esetek) és a specificitást (valós negatív esetek) Altman és Bland (1994b), illetve Glaros és Kline (1988) nyomán kalkuláltuk. Annak érdekében, hogy a POGQ mennyire képes pontos „diagnózist” adni szintén kiszámoltuk a pozitív prediktív értékeket (positive predictive value, PPV), a negatív prediktív értékeket (negative predictive value, NPV), valamint a pontosságot (accuracy) valamennyi lehetséges POGQ határérték vonatkozásában. A PPV-t a pozitív teszteredményt mutató megfelelően diagnosztizált személyek arányaként definiáltuk (Altman és Bland, 1994a; Glaros és Kline, 1988), míg az NPV-t a negatív teszteredményt mutató megfelelően diagnosztizált személyek arányaként értelmeztük (Altman és Bland, 1994a; Glaros és Kline, 1988).

#### 4.2.2.3 A minta jellemzői

A minta 90%-át (n=3072) férfiak alkották. Az átlagéletkor 21 év volt (SD=5,85 év). Valamivel több mint a résztvevők tizede felsőfokú végzettséggel, míg 39,4%-uk középfokú végzettséggel rendelkezett. A többség (61,9%) elsősorban tanuló volt, de a résztvevők megközelítőleg egynegyede (24,3%) teljes munkaidőben dolgozott. A kitöltők csaknem kétharmada (64,9%) vallotta magát egyedülállónak, míg további 22,3% olyan kapcsolatban állónak, aki nem lakik együtt partnerével (4.2–4. táblázat).

4.2–4. táblázat *Demográfiai és játékkal kapcsolatos jellemzők*

	Teljes minta (N=3415)
<b>Demográfiai jellemzők</b>	
Kor, év; Átlag (szórás)	21,01 (5,85)
Nem (férfiak, %)	90
<i>Legmagasabb iskolai végzettség</i>	
Középiskolánál alacsonyabb (%)	49,5
Érettségi (%)	39,4
Főiskolai diploma vagy magasabb (%)	11,1
<i>Foglalkoztatottság</i>	
Teljes munkaidő (%)	24,3
Részmunkaidő (%)	10,4
Tanuló (%)	61,9
Nem foglalkoztatott és nem tanuló (%)	3,4
<i>Lakóhely</i>	
Budapest (%)	26,9
Egyéb város (%)	54,0
Falu (%)	19,1
<i>Családi állapot</i>	
Egyedülálló (%)	64,9
Van partnere, de nem él vele (%)	22,3
Együtt él partnerével (%)	7,3
Házas (%)	4,9
Elvált vagy özvegy (%)	1,0
<i>Szubjektív anyagi helyzet</i>	
Átlagnál jobb (%)	47,9
Átlagos (%)	41,8
Átlagnál rosszabb (%)	10,3
<b>Játékkal kapcsolatos jellemzők</b>	
<i>Játékkal töltött idő</i>	
Kevesebb mint 7 óra hetente (%)	11,8
7–14 óra között hetente (%)	23,9
15–28 óra között hetente (%)	34,8
29–42 óra között hetente (%)	20,2
42 óránál több hetente (%)	9,3
<i>Játékra költött pénz</i>	
0 Ft (%)	51,8
Legfeljebb 5.000 Ft havonta (%)	36,8
Több mint 5.000 Ft havonta (%)	11,4
<i>Játékos típus – szervezettség szintje</i>	
Egyéni (%)	38,6
Amatőr (%)	19,8
Félprofesszionális (%)	26,1
Professzionális (%)	15,5

Kicsit több mint a minta egyharmada (35,7%) játszott maximum 14 órát egy héten, és megközelítőleg szinte ugyanennyien töltöttek 15–28 órát online játékkal egy héten. Közel minden tizedik játékos azonban 42 óránál is többet játszott egy hét alatt (átlag 6 óra/nap). Körülbelül a személyek fele költött pénzt játékra, bár a legtöbben nem költöttek erre a célra 5.000 Ft-nál többet egy hónap leforgása alatt. A mintában szereplő személyek a legnagyobb arányban az egyéni játékosok (38,6%) körébe tartoztak, de a résztvevők viszonylag nagy százaléka tartozott különböző szinteken szervezett csapatokba is (4.2–4. táblázat).

#### 4.2.2.4 A POGO kialakítása

##### *Feltáró faktoranalízis*

A 26 tétel (lásd 3.4.2. fejezet) által alkotott faktorstruktúra elemzésére a normalitás megszegésével szemben robusztus maximum valószínűség becsléssel és promax rotációval végzett feltáró faktoranalízist folytattunk le az 1. mintán (n=600). A megoldás elfogadhatóságát illeszkedésvizsgálattal (RMSEA<0,08, Cfit (90% CI)<0,08, pclose>0,05), a megoldás faktorokat illető értelmezhetőségének megvizsgálásával és a kiugró faktorsúlyok (>0,30) segítségével állapítottuk meg. Az 1–8-faktoros megoldások mindegyikét elemzésnek vetettük alá. Az első kritériumoknak megfelelő RMSEA értéket a hatfaktoros megoldás nyújtotta ( $\chi^2=409,8$ , df=184 p<0,0001; RMSEA=0,045 [0,039–0,051] pclose>0,90). A feltáró faktoranalízist megismételtük a 2. mintán is (n=600). Ahogyan az első esetben, a második mintán is a hatfaktoros megoldás nyújtotta az első megfelelő és értelmezhető megoldást ( $\chi^2=457,7$  df=184 p<0,0001; RMSEA=0,050 [0,044–0,056] Cfit=0,514). A faktorsúlyokat a 4.2–5. táblázat mutatja be.

4.2–5. táblázat A tételek feltáró faktoranalízise

	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5		Faktor 6	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Y1 Amikor nem játszol, milyen gyakran fantáziálsz a játékról, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most játszani?	<b>0,89</b>	<b>0,93</b>	0,05	−0,01	−0,01	−0,02	−0,04	0,02	−0,01	0,01	0,06	−0,03
Y4 Milyen gyakran ábrándozol a játékról?	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	0,03	0,07	−0,05	−0,08	0,04	−0,01	−0,01	0,05	0,09	0,09
<del>Y16 Milyen gyakran álmodsz a játékról?</del>	<del><b>0,30</b></del>	<del>0,28</del>	<del>−0,13</del>	<del>−0,19</del>	<del>0,15</del>	<del>0,19</del>	<del>0,27</del>	<del>0,26</del>	<del>0,04</del>	<del>0,10</del>	<del>0,04</del>	<del>0,10</del>
Y3 Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene a játékkal töltött időt?	0,10	0,02	<b>0,89</b>	<b>0,85</b>	0,00	0,06	−0,07	−0,07	−0,07	−0,01	−0,12	−0,21
Y6 Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?	0,01	0,07	<b>0,87</b>	<b>0,84</b>	0,10	0,06	−0,05	0,03	−0,24	−0,23	0,09	0,06
Y12 Milyen gyakran érzed úgy, hogy játék problémákat okoz számodra?	−0,07	−0,09	<b>0,47</b>	<b>0,63</b>	−0,10	−0,07	0,19	0,05	0,23	0,15	0,03	0,13
<del>Y11 Milyen gyakran szenved hátrányt a tanulásod, a munkád vagy a teljesítményed a játék miatt?</del>	<del>0,04</del>	<del>−0,07</del>	<del><b>0,39</b></del>	<del>0,38</del>	<del>0,11</del>	<del>0,26</del>	<del>0,12</del>	<del>−0,01</del>	<del>0,15</del>	<del>0,18</del>	<del>−0,03</del>	<del>0,10</del>
<del>Y2 Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet játszhass?</del>	<del>0,26</del>	<del>0,21</del>	<del><b>0,30</b></del>	<del>0,38</del>	<del>0,21</del>	<del>0,27</del>	<del>0,03</del>	<del>−0,03</del>	<del>0,10</del>	<del>0,09</del>	<del>0,01</del>	<del>−0,06</del>
<del>Y29 Milyen gyakran merül fel benned, hogy segítséget kellene kérned, annak érdekében, hogy csökkenteni tudd a játékkal töltött időt?</del>	<del>−0,17</del>	<del>−0,16</del>	<del><b>0,30</b></del>	<del><b>0,40</b></del>	<del>−0,03</del>	<del>−0,19</del>	<del>0,23</del>	<del>0,21</del>	<del>0,25</del>	<del>0,11</del>	<del>0,01</del>	<del>0,25</del>
<del>Y9 Milyen gyakran fordul elő, hogy próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél játékkal?</del>	<del>−0,13</del>	<del>0,01</del>	<del><b>0,40</b></del>	<del>0,21</del>	<del>0,03</del>	<del>0,19</del>	<del>−0,06</del>	<del>0,03</del>	<del>0,18</del>	<del>0,26</del>	<del>0,19</del>	<del>0,09</del>
Y20 Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érekeled, milyen gyorsan múlik az idő?	−0,05	−0,04	0,04	0,04	<b>0,75</b>	<b>0,76</b>	−0,04	0,00	0,01	−0,03	−0,06	−0,03
Y23 Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted?	−0,04	−0,08	0,09	0,10	<b>0,69</b>	<b>0,70</b>	−0,05	0,08	0,10	−0,08	−0,06	0,01
Y28 Milyen gyakran érzed úgy játék közben, mintha megállna az idő?	−0,09	−0,02	0,02	−0,07	<b>0,69</b>	<b>0,62</b>	0,05	−0,01	−0,17	−0,04	0,04	0,18
Y22 Milyen gyakran fordul elő, hogy annyira belemerülsz a játékba, hogy észre sem veszed, hogy megéheztél?	−0,05	−0,08	−0,06	−0,09	<b>0,61</b>	<b>0,71</b>	0,04	0,02	−0,04	0,11	0,17	−0,03

	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5		Faktor 6	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
<del>Y5 Milyen gyakran játszol olyankor, amikor inkább aludnod kellene?</del>	<del>0,14</del>	<del>0,16</del>	<del>-0,05</del>	<del>0,18</del>	<del><b>0,38</b></del>	<del>0,29</del>	<del>0,06</del>	<del>0,02</del>	<del>0,09</del>	<del>-0,10</del>	<del>-0,03</del>	<del>0,02</del>
<del>Y15 Milyen gyakran veszed észre magadon, amikor játszol, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”?</del>	<del>0,09</del>	<del>0,03</del>	<del>0,04</del>	<del>0,22</del>	<del>0,25</del>	<del><b>0,37</b></del>	<del>-0,06</del>	<del>-0,03</del>	<del><b>0,32</b></del>	<del>0,06</del>	<del>0,06</del>	<del>0,11</del>
Y19 Milyen gyakran fordul elő, hogy nem találkozol egy barátoddal, mert inkább játszani szeretnél?	-0,04	-0,14	0,00	0,01	-0,05	0,07	<b>0,93</b>	<b>0,81</b>	-0,07	0,05	0,03	0,00
Y24 Milyen gyakran fordul elő, hogy nemet mondasz egy programra, mert inkább játszani szeretnél?	-0,03	0,06	-0,08	0,03	0,13	0,07	<b>0,72</b>	<b>0,80</b>	0,10	-0,06	-0,01	0,01
Y17 Milyen gyakran választod a játszást ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?	0,07	0,13	0,05	-0,02	0,02	0,00	<b>0,70</b>	<b>0,79</b>	-0,14	-0,09	-0,04	-0,05
<del>Y26 Milyen gyakran érzed úgy, hogy nem tudsz megfelelően koncentrálni arra, amivel éppen foglalkozol, mert a játék jár a fejedben?</del>	<del>0,22</del>	<del>0,15</del>	<del>0,04</del>	<del>0,11</del>	<del>0,08</del>	<del>0,03</del>	<del>0,24</del>	<del>0,18</del>	<del>0,10</del>	<del>0,18</del>	<del>0,19</del>	<del>0,25</del>
Y25 Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnereddel a játék miatt?	-0,06	0,01	-0,11	-0,09	-0,01	0,00	-0,05	-0,03	<b>0,90</b>	<b>0,86</b>	0,05	0,06
Y14 Milyen gyakran panaszkodnak a környezetekben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?	0,16	0,11	0,06	0,13	0,06	0,08	-0,08	-0,06	<b>0,63</b>	<b>0,63</b>	-0,06	-0,05
Y10 Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál játszani?	0,07	-0,01	-0,01	-0,05	0,03	0,10	-0,05	-0,02	0,03	-0,09	<b>0,78</b>	<b>0,93</b>
Y13 Milyen gyakran fordul elő veled, hogy lehangoltnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem játszol, de aztán ez az érzés elmúlik, amikor játszani kezdesz?	0,09	0,06	0,02	-0,01	0,03	0,00	0,01	0,09	-0,09	0,03	<b>0,76</b>	<b>0,67</b>
Y7 Milyen gyakran érzed magad nyugtalannak, feszültnek, ha nem játszhattál annyit, amennyit szeretted volna?	0,09	0,13	0,06	0,14	0,01	0,03	-0,02	-0,11	0,04	-0,05	<b>0,70</b>	<b>0,73</b>
Y21 Milyen gyakran fordul elő, hogy ideges leszel vagy kiborulsz, ha nem tudsz játszani?	-0,11	-0,08	-0,03	-0,12	0,01	0,08	0,13	0,08	0,09	0,22	<b>0,68</b>	<b>0,68</b>

Megjegyzés: A kizárt tételeket (16, 11, 2, 29, 9, 5, 15, 26) dőlt betűvel jeleztük és áthúztuk. Félkövér karakter: érték  $\geq 0,30$ .

4.2–6. táblázat A POGQ megerősítő faktoranalízise két független mintán

	Obszesszió		Túlhasználat		Belefeledkezés		Társas izoláció		Interperszonális konfliktus		Megvonás	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Y1 Amikor nem játszol, milyen gyakran fantáziálsz a játékról, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most játszani?	0,87	0,84										
Y4 Milyen gyakran ábrándozol a játékról?	0,89	0,90										
Y3 Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene a játékkal töltött időt?			0,76	0,72								
Y6 Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?			0,79	0,83								
Y12 Milyen gyakran érzed úgy, hogy játék problémákat okoz számodra?			0,71	0,70								
Y20 Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érdekeled, milyen gyorsan múlik az idő?					0,66	0,67						
Y23 Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted?					0,73	0,69						
Y28 Milyen gyakran érzed úgy játék közben, mintha megállna az idő?					0,64	0,58						
Y22 Milyen gyakran fordul elő, hogy annyira belemerülsz a játékba, hogy észre sem veszed, hogy megéheztél?					0,67	0,63						
Y19 Milyen gyakran fordul elő, hogy nem találkozol							0,76	0,81				



	Obszesszió		Túlhasználat		Belefeledkezés		Társas izoláció		Interperszonális konfliktus		Megvonás	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
egy barátoddal, mert inkább játszani szeretnél?												
Y24 Milyen gyakran fordul elő, hogy nemet mondasz egy programra, mert inkább játszani szeretnél?							0,85	0,86				
Y17 Milyen gyakran választod a játszást ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?							0,67	0,71				
Y25 Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnerreddel a játék miatt?									0,72	0,77		
Y14 Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévők arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?									0,83	0,74		
Y10 Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál játszani?											0,84	0,83
Y13 Milyen gyakran fordul elő veled, hogy lehangoltnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem játszol, de aztán ez az érzés elmúlik, amikor játszani kezdesz?											0,79	0,78
Y7 Milyen gyakran érzed magad nyugtalannak, feszültnek, ha nem játszhattál annyit, amennyit szeretted volna?											0,81	0,81
Y21 Milyen gyakran fordul elő, hogy ideges leszel vagy kiborulsz, ha nem tudsz játszani?											0,77	0,76
Faktor determinációs mutató	0,94	0,94	0,91	0,91	0,91	0,90	0,93	0,93	0,90	0,90	0,95	0,94

A skála továbbfejlesztése érdekében a tételeket a következő szabályok mentén szelektáltuk. Először azokat a tételeket zártuk ki, amelyek töltése a két elemzés közül legalább az egyikben alacsonyabb volt, mint 0,40. Ezután eltávolításra kerültek a kiugróan magas keresztöltésekkel rendelkező tételek. Ha a két párhuzamos EFA közül csak az egyikben fordult elő a keresztöltés, 0,50-os határérték került alkalmazásra. Kettőnél több keresztöltés esetén 0,30-os kritériumot alkalmaztunk a tétel további elemzésekből való kizárására. A kizárt tételeket *dőlt betűvel* és áthúzással jeleztük a 4.2–5. táblázatban. A fenti kritériumok mentén, a 26 eredeti tételből 18 tételt tartottunk meg (lásd 8.4.3. melléklet).

### *Megerősítő faktoranalízis*

Az 1. és a 2. mintán végzett elemzések eredményeként korábban kapott hatfaktoros megoldást a 3. mintán (n=600) teszteltük megerősítő faktoranalízis segítségével. Ez a modell optimális illeszkedést mutatott az adatokkal ( $\chi^2=256,0$  df=120 p<0,0001; CFI=0,965; TLI=0,956; RMSEA=0,043 [0,036–0,051] Cfit>0,90; SRMR=0,037). A modellt keresztvalidáltuk a 4. minta (n=1615) adataival, és az elemzések nyomán az illeszkedés megfelelő szintjét találtuk ( $\chi^2=512,8$  df=120 p<0,0001; CFI=0,962; TLI=0,952; RMSEA=0,045 [0,041–0,049] Cfit>0,90; SRMR=0,036). A faktorsúlyokat, a faktorok reliabilitását, a belső konzisztencia, átlag, és szórás értékeit a 4.2–6. táblázatban mutatja be.

### *Professzionális vs. nem professzionális játékosok*

Megvizsgáltuk, hogy a professzionális játékosok mintába kerülése okozott-e valamilyen eltérést az eredményekben. Ezt az elemzést az tette szükségessé, hogy mivel két esetlegesen nagyon eltérő jellemzővel bíró populációról van szó, kizárjuk annak a lehetőségét, hogy esetlegesen a skála különbözőképp mér esetükben. A mérési modellek illeszkedése a professzionális játékosok nélkül (n=2875) kielégítő volt ( $\chi^2=763,5$  df=120 p<0,0001; CFI=0,965; TLI=0,956; RMSEA=0,043 [0,040–0,046]; SRMR=0,034). A csak professzionális játékosok mintáján (n=528) a mérési modellek illeszkedésének szintje szintén megfelelőnek bizonyult ( $\chi^2=290,0$  df=120 p<0,0001; CFI=0,948; TLI=0,934; RMSEA=0,052 [0,044–0,059]; SRMR=0,034). Elvégeztünk továbbá egy többcsoportos elemzést is a nem professzionális (n=2875) és a professzionális (n=528) játékosok mintájával. Az elemzés során a faktorsúlyokat és intercepteket egyenlő értékre állítottuk mindkét csoportban. Az illeszkedés mértéke ez esetben is megfelelőnek bizonyult ( $\chi^2_{\text{nem-professzionális}}=758,6$ ,  $\chi^2_{\text{professzionális}}=302,4$  df=264, p<0,0001; CFI=0,963; TLI=0,957; RMSEA=0,042 [0,040–0,045]; SRMR=0,036), a látens változók értéke pedig nem különbözött statisztikailag jelentősen a két csoportban.

### *A faktorok címkézése*

Az első faktorba két tétel került, amelyek a játékkal kapcsolatos kényszeres gondolatokra és álmodozásra utaltak. Ezt *obszesszió* dimenzióknak neveztük el. A második faktor az online játékok túlzott használatával kapcsolatos tételeket tartalmazott. Az ide tartozó három tétel a játékkal összefüggő problémák észlelésére, a meghosszabbodott játékidőre, és a játékra fordított idő kontrollálásának nehézségeire vonatkozott. Ezt a faktort *túlhasználatnak* neveztük el. A harmadik faktor a *belefeledkezés* nevet kapta, mivel ez a négy tétel az online játékokkal való túlzott foglalatosságot, a játékba való belefeledkezést és az idő dimenzió fellazulását jelezte. A negyedik faktor a társas kapcsolatok károsodását

jelezte és a játék előtérbe helyezését a társas tevékenységekkel szemben. Ez a három tételből álló dimenzió a *társas izoláció* elnevezést kapta. Az ötödik faktor két tétele a társas környezet online játékok túlhasználatával kapcsolatos jelzéseire, s az ezzel összefüggő konfliktusokra utal, így az *interperszonális konfliktusok* nevet kapta. Végül a hatodik faktor négy tétele a megvonási tünetek megjelenésére vonatkozik olyan esetekben, amikor a játékos akadályoztatva van abban, hogy a kívánságának megfelelő mennyiségű időt játékkal töltsen. Ezt a dimenziót *megvonásnak* neveztük el.

#### 4.2.2.5 A súlyossági csoportok elkülönítése: látens profil elemzés

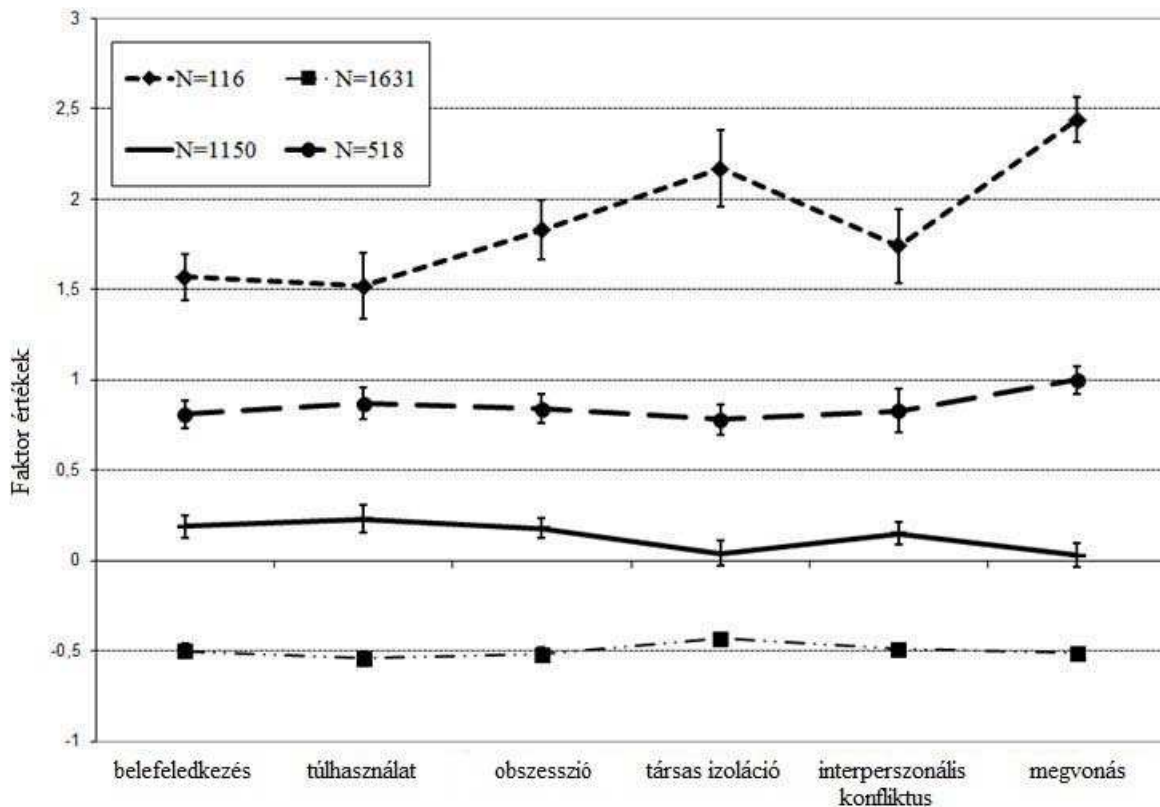
Ezt követően a problémás online játék dimenzióin látens profil elemzést végeztünk, amelynek során a döntési kritériumok egy négyosztályos megoldást eredményeztek. Amint a 4.2–7. táblázatban látható, az AIC, BIC és a mintamérethez igazított BIC folyamatosan csökkent új látens osztályok hozzáadása nyomán. Mindazonáltal kiegyenlítődés volt tapasztalható a négy látens osztályt tartalmazó megoldás után. Az entrópia tekintetében a kétosztályos megoldás eredményezte a maximumot, azonban a négyosztályos megoldás szintén megfelelő entrópia értéket mutatott. Az L-M-R Teszt eredményei nyomán a négyfaktoros megoldás került elfogadásra.

4.2–7. táblázat A POGQ látens profil elemzésének illeszkedési mutatói

A látens osztályok száma	AIC	BIC	SSABIC	Entrópia	L-M-R Test	p
<b>2 osztály</b>	36625	36741	36681	0,924	9567	<0,0001
<b>3 osztály</b>	32675	32834	32752	0,909	3896	<0,0001
<b>4 osztály</b>	30888	31090	30986	0,892	1769	<0,001
<b>5 osztály</b>	30079	30325	30198	0,863	808	0,171

Megjegyzés: AIC: Akaike Information Criteria; BIC: Bayesian Information Criteria; SSABIC: Sample size adjusted Bayesian Information Criteria; L-M-R Test: Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test; p: a p-érték az L-M-R Tesztre vonatkozik.

Az egyes osztályok jellemzőit a 4.2–2. ábra mutatja be. Az első osztály azokat a játékosokat képviseli (a teljes minta 47,8%-a), akik a problémás használat dimenzióján az átlagnál alacsonyabb pontszámot értek el. A második osztály (33,7%) a játékosok azon csoportját jeleníti meg, akik a problémás használat szempontjából alacsony kockázattal jellemezhetőek. A harmadik csoportba (15,2%) a közepes kockázattal jellemezhető személyek kerültek, míg a negyedik osztályban (3,4%) azok a személyek találhatók, akik magas kockázattal bírnak a problémás használat szempontjából. Ez utóbbi csoportban főként a *társas izoláció* és a *megvonási tünetek* faktorai mutattak emelkedett értékeket más dimenziókhoz képest.



4.2–2. ábra A POGQ hat faktorán végzett látens profil elemzés

#### 4.2.2.6 A problémás játék határértékének meghatározása: szenzitivitás és specificitás elemzés

A negyedik osztályba való tartozás (vagyis magas kockázat a problémás játék szempontjából), mint „diagnosztikus” kritérium alapján, a POGQ minden lehetséges határérték pontszáma esetén kiszámoltuk a szenzitivitás, specificitás, pontosság, PPV és SPV értékeket (4.2–8. táblázat).

Az elemzés alapján a kérdőíven elért 66 pont bizonyult a minden szempontból megfelelő határértéknek a problémás játék használat szempontjából. Ebben az esetben a specificitás 100%, míg a szenzitivitás 96%. Ez azt jelenti, hogy a negatív (tehát nem problémás) esetek közül gyakorlatilag senki sem kerül a problémás kategóriába, míg a valóban problémás esetek csupán 4%-a marad azonosítatlan. A pontosság csakúgy, mint az NPV, ez esetben 100%, míg a PPV 90%. A határérték pontszám emelése a téves negatív esetek számának növekedésével, csökkentése pedig a téves pozitív esetek számának növekedésével járna.

4.2–8. táblázat A POGQ határértékeinek számítása

Határ- érték	Valós pozitív	Valós negatív	Álpozitív	Álnegatív	Szenzitivitás (%)	Specifititás (%)	PPV (%)	NPV (%)	Pontosság (%)
59/60	115	3179	111	0	100	97	51	100	97
60/61	115	3198	92	0	100	97	56	100	97
61/62	113	3221	69	2	98	98	62	100	98
62/63	113	3240	50	2	98	98	69	100	98
63/64	112	3257	33	3	97	99	77	100	99
64/65	111	3271	19	4	97	99	85	100	99
65/66	110	3278	12	5	96	100	90	100	100
66/67	102	3283	7	13	89	100	94	100	99
67/68	94	3285	5	21	82	100	95	99	99
68/69	88	3289	1	27	77	100	99	99	99
69/70	79	3289	1	36	69	100	99	99	99
70/71	68	3289	1	47	59	100	99	99	99
71/72	65	3289	1	50	57	100	98	99	99
72/73	54	3290	0	61	47	100	100	98	98
73/74	47	3290	0	68	41	100	100	98	98

#### 4.2.2.7 *Diszkusszió: a POGQ kialakítása*

Az online játékkal kapcsolatosan jelzett egyre több probléma nyomán szükségszerűvé vált, hogy rendelkezünk olyan, megfelelő pszichometriai jellemzőkkel bíró eszközzel, amellyel mérni tudjuk a játékkal összefüggésben kialakult problémák mértékét. A kutatásunk során kialakított Problémás Online Játék Kérdőív (Problematic Online Gaming Questionnaire, POGQ) az elemzések tükrében megfelelni látszik azoknak az elvárásoknak, amelyek egy ilyen eszközzel szemben támaszthatók. A POGQ oly módon lett kialakítva, hogy valamennyi online játéktípus esetében alkalmazható legyen, s empirikus kiindulása lehetővé tette, hogy a használók által megélt problémák teljes körét lefedje.

Ezen empirikus kiindulású elemzés eredményeit ugyanakkor nagyban erősíti a tény, hogy a problémás online játék hátterében azonosított hat dimenzió kitűnően illeszkedik a kínáló elméleti keretekbe. Griffiths (2005a) egy *komponens modell* használatát javasolta az addikciók számára, amely általánosságban az addiktív viselkedéshez köthető hat klasszikus tünetet feltételez. Ezek a tünetek a *szaliencia*, a *hangulatmódosítás*, a *tolerancia*, a *megvonás*, a *konfliktus* és a *visszaesés*. A megvonás komponens és a belefeledkezés komponens az azonos nevű faktorainkban érhető tetten, míg a konfliktus dimenziót részben az interperszonális konfliktusok faktor, észben a túlhasználat (intrapersonális konfliktusok)

fedi le. Érdekes, hogy a szaliencia dimenziót explicit módon megjelenítő tételek (lásd. 2., 5., 11. tétel a 4.2–5. táblázatban) szelektálódtak az elemzés során, de maga a komponens így is megjelenik a túlhasználat, belefeledkezés és társas izoláció faktorokban. A visszaesés komponens a túlhasználat dimenzióban van jelen, míg a hangulatmódosítás dimenzió elsősorban a megvonás faktorban jelenik meg (13. tétel a 4.2–5. táblázatban).

Más megközelítésben vizsgálhatjuk az Amerikai Pszichiátriai Társaság által (American Psychiatric Association, 2000) a DSM-IV-ben a pszichoaktív-szer-függőség vonatkozásában megadott kritériumait, amely szempontokat többnyire a viselkedési addikciók definíciós alapjának tekintenek. Ezen dimenziók – megvonás, kontroll hiánya (sikertelen abbahagyási kísérletek), jelentős idő fordítása a cselekvésre, viselkedés folytatása a következményes ártalmakról való tudás ellenére, más tevékenységek elhanyagolása, a szándékoltnál intenzívebb, hosszabb idejű használat – egyértelműen tükröződnek a POGQ-ban. A POGQ kiváló pszichometriai tulajdonságai, illetve széles körű tartalmi merítése biztató a kérdőív jövőbeli használatát illetően. További feladat azonban a POGQ különböző kultúrákban és klinikai mintán történő validálása.

Minden, a DSM-IV-TR-ben nem szereplő viselkedési függőséggel kapcsolatban felmerül a kérdés, hogy vajon tekinthetjük-e egy adott viselkedésben túlzott mértékben elmerülő személyeket betegnek, illetve milyen kritériumok mentén azonosíthatnánk a más patológiás szinteken funkcionáló személyeket. Pontosan ezen definíciós konszenzus hiányát figyelembe véve maradtunk jelen esetben is a *problémás játék* kifejezésnél, és nem javasoltuk a tisztázatlanabb *játékfüggőség* elnevezést. Mindazonáltal, a lefuttatott látens profil elemzés is azt jelzi, hogy az online játékos populáció egy része (esetünkben 3,4%) szignifikánsan kiemelkedik a populáció egészéből, s jellegzetesen több problémát mutat, mint mások. A populáció további 15,2%-a pedig a problémák enyhén emelkedett szintjével jellemezhető. A jövő kutatásának egyik legfontosabb feladata e kockázati populáció részletes vizsgálata, és annak feltárása, hogy mely jellemzők jelentenek kiemelt kockázatot a problémás használat vonatkozásában. Ezen jövőbeli vizsgálatokhoz azonban már most adalék az az eredmény, hogy elsősorban két dimenzió, a megvonás és a társas izoláció mértéke ugrik meg ezeknél a játékosoknál, míg a legkevésbé az obszesszió és a túlhasználat jelez. Úgy tűnik tehát, hogy a valós intenzív használat (túlhasználat) és a képzeletbeli játék (obszesszió) önmagában kevésbé jelzi a problémás játékot. Ezek az eredmények egyébként egybevágnak a problémás internethasználat esetében megfigyelt eredményekkel (Koronczai és mtsai, 2011). Ezzel szemben úgy tűnik, hogy a szociális kapcsolatok elhanyagolása és különösen a megvonásos tünetek megjelenése (depresszió vagy irritáltság érzése, nyugtalanság vagy csalódottság, ha a személy nem játszhat) hordozza a legnagyobb kockázatot. Továbbá látnunk kell azt is, hogy mindkét dimenzió az egyéb tevékenységek elhanyagolását, háttérbe szorulását jelenti, ami más kutatások szerint is az addikciók egy kulcsfontosságú jellemzője.

#### 4.2.3 A Problémás Online Játék Kérdőív rövid verziójának (POGQ-SF-12) kialakítása (VII. vizsgálat)

A PIUQ-hoz hasonlóan a POGQ esetében is felmerült, hogy szükséges lehet egy rövidebb verzió kialakítása. A reprezentatív középiskolás vizsgálat egy 12-tételes verzió kialakítására adott módot. Ez a lehetséges legrövidebb olyan változat, amely még megtartja a



6-faktoros struktúrát, mivel ebben az esetben minden faktorhoz a minimális két tétel rendelődik hozzá. A rövid verzió kialakítása mellett a vizsgálatnak célja volt a 4.1.2. fejezetben meghatározott elvek tesztelése is. Ily módon a középiskolás vizsgálat lehetővé tette, hogy az online adatfelvétellel, felnőtt mintán kialakított POGQ rövidebb változatát (2. szempont) más életkori mintán (serdülők körében) (4. szempont) és más adatfelvételi móddal (papír-ceruza) (3. szempont) teszteljük (Pápay és mtsai, 2013).

#### 4.2.3.1 *Statistikai elemzés*

A modell ellenőrzése érdekében megerősítő faktoranalízist végeztünk (CFA), amelyben az MLR módszert alkalmaztuk. Az elemzés során az MPLUS 6.0-ás verzióját használtuk. Az illeszkedés vizsgálata során jó illeszkedésnek tekintettük azokat az eseteket, ahol a  $\chi^2$  próbák p értéke kisebb volt 0,05-nél. Az illeszkedés további mutatói a következőket foglalták magukba: CFI, Tucker-Lewis index (TLI), RMSEA és ennek 90%-os megbízhatósági intervalluma (90% CI), valamint az SRMR (standardized root mean square residual) mutató. Mind a CFI, mind a TLI 0,95 érték felett mutat jó illeszkedést, míg az RMSEA értéke 0,05 alatti és az SRMR értéke 0,10 alatt marad egy jól illeszkedő modell esetében (Byrne, 2010). Az MLR módszerrel becsült alternatív beágyazott modellek illeszkedésének összehasonlítására a Satorra-Bentler skálázott  $\Delta\chi^2$ -tesztet (S-B  $\Delta\chi^2$ -test) (Satorra és Bentler, 1994) alkalmaztuk.

A nemek közötti strukturális és mérési invariancia ellenőrzése érdekében többcsoportos konfirmációs faktoranalízisek (Vandenberg és Lance, 2000) sorozatát hajtottuk végre. Először a mérési modell becslését végeztük el fiúk és lányok körében. Másodsorban négy beágyazott modell egyre szigorúbb feltételek melletti ellenőrzésére került sor. Az egyik modellben a faktorsúlyok és az interceptek szabad becslése történt (konfigurációs invariancia), egy másik modell esetében a faktorsúlyokat egyenlő értéken tartottuk (metrikus invariancia), ismét egy másik modell esetén mind a faktorsúlyokat, mind az intercepteket egyenlő értékeken tartottuk a csoportok esetében (skaláris invariancia), s végül a negyedik modell esetében a reziduális varianciát tekintettük egyenlőnek (egyediségi invariancia). A tradicionális  $\chi^2$  különbség tesztet (S-B  $\Delta\chi^2$ -test) általában két beágyazott modell összehasonlítására használjuk, ez a módszer ugyanakkor érzékeny a modellek összetettségére és a nagy mintákra is (Chen, 2007; G. W. Cheung és Rensvold, 2002). Ennek megfelelően Cheung és Rensvold (2002), valamint Chen (2007) ajánlásait követve került sor a két beágyazott modell összehasonlítására; a metrikus, skaláris, valamint egyediségi invariancia ellenőrzése során  $\Delta CFI < 0,01$ , illetve  $\Delta RMSEA < 0,015$  határértékeket használtunk. Abban az esetben tekintettük a modelleket invariánsnak, amennyiben mind a  $\Delta CFI$  mind pedig a  $\Delta RMSEA$  értékek a határérték alatt maradtak.

Annak érdekében, hogy azonosítani tudjuk azokat a játékosokat, akiknek az online játékos viselkedése problematikusnak volt tekinthető, látens profil elemzést (LPA) hajtottunk végre (az MPLUS 6.0 segítségével) a 4.2.2 fejezetben leírtakkal megegyező módon. Indikátor változóként (mint megfigyelt változó) a POGQ kérdőív dimenziói mentén elért összpontszámokat vettük figyelembe. Az elemzést a súlyozott serdülő, az elmúlt hónapban online játékot játszó almintá 2–4. osztályán hajtottuk végre (n=2774). Annak érdekében, hogy a látens osztályokat azonosítani tudjuk, számos indexet figyelembe vettünk.

Valamennyi modell gazdaságosságát (parszimónia) ellenőriztük, (pl.: Akaike Information Criteria [AIC], Bayesian Information Criteria [BIC], Sample size adjusted Bayesian Information Criteria [SSABIC]), az alacsonyabb értékek mindig a gazdaságosabb modelleket jelezték. Az entrópia kritériumnak való megfelelést is ellenőriztük, amely segítségével megállapítható, hogy milyen pontosan tudtuk a személyeket a megfelelő kategóriákhoz hozzárendelni. A magasabb értékek a jobb illeszkedést jelezték. Végül az L-M-R (Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio) Tesztet alkalmaztunk. Ez az eljárás statisztikailag teszi összehasonlíthatóvá a célmodell (pl. a háromosztályos modell) és az eggyel kevesebb osztályt tartalmazó modell illeszkedését. Amennyiben a  $p$  értéke kisebb, mint 0,05 ez azt jelzi, hogy az aktuálisan tesztelt modell jobban illeszkedik, mint az előző (Muthén és Muthén, 1998-2007). A megerősítő faktoranalízis során 2774 személy súlyozatlan mintáját használtuk. Az összes többi elemzés a fentiekben leírt súlyozott mintán került kivitelezésre. A hiányzó adatokat FIML eljárással kezeltük. A kovariancia lefedettsége meghaladta a 0,98-as szintet a megerősítő faktoranalízis során.

A POGQ érvényességének további ellenőrzése érdekében az LPA osztályok egyes, az online játék szempontjából releváns változóinak (pl. nem, az online játékkal töltött idő, a besorolási pontszám átlaga, önbizalom, a depressziós szimptómák szintje) mentén történő összehasonlítását végeztük el. Ezen összehasonlítások érdekében a Wald-féle  $\chi^2$  tesztet végeztük el a látens osztályok prediktorainak egyenlőség tesztelésére (az elemzés részletes leírását lásd: <http://www.statmodel.com/download/meantest2.pdf>).

#### 4.2.3.2 *A minta jellemzői*

A teljes mintát ( $n=5045$ , 51% férfi, átlagéletkor 16,4 év,  $SD=0,87$  év) két csoportra osztottuk. Azokat, akik az adatfelvételt megelőző hónapban játszottak valamilyen online játékot, a *játékos* (G; gamer) csoportba soroltunk, akik pedig nem játszottak az elmúlt hónapban, a *nem játékos* (NG; non-gamer) csoportba kerültek. A minta több mint fele (55,6%) a játékosok közé tartozott ( $n=2804$ ). A játékos csoport kétharmada (65,4%) volt férfi, szemben a nem játékosok 32,9%-ával ( $\chi^2=403,29$ ,  $p<0,001$ ). A játékosok (G) és nem játékosok (NG) átlagéletkora 16,4 év volt ( $SD_G=0,85$ ;  $SD_{NG}=0,89$  év;  $F=0,009$ ,  $p=0,926$ ).

#### 4.2.3.3 *Megerősítő faktoranalízis*

A játékosok csoportján ( $n=2774$ ) CFA segítségével teszteltünk egy hatfaktoros megoldást. A modell optimálisan illeszkedett az adatokhoz ( $\chi^2=277,35$   $df=39$   $p<0,001$ ; CFI=0,972; TLI=0,953; RMSEA=0,047 [0,042–0,052] Cfit>0,90; SRMR=0,025) (4.2–9. táblázat). Alternatív megoldásként egy egyfaktoros modell ( $\chi^2=1549,20$   $df=54$   $p<0,001$ ; CFI=0,82; TLI=0,79; RMSEA=0,100 [0,096–0,104] Cfit<0,001; SRMR=0,064) és egy másodrendű faktor modell ( $\chi^2=528,30$   $df=48$   $p<0,001$ ; CFI=0,94; TLI=0,92; RMSEA=0,060 [0,056–0,065] Cfit<0,001; SRMR=0,042) illeszkedési mutatóit is megbecsültük. Az eredeti hatfaktoros modell jobb illeszkedést eredményezett, mint az egyfaktoros modell (S-B  $\Delta\chi^2$ -test=1137,3;  $\Delta df=15$   $p<0,0001$ ) vagy a másodrendű faktor modell (S-B  $\Delta\chi^2$ -test=246,2;



$\Delta df=9$   $p<0,0001$ ). A hatfaktoros megoldásnál az egymásnak megfelelő faktorok töltései magasabbak voltak, mint 0,70. A faktorok közti korrelációk 0,82 és 0,57 között helyezkedtek el (4.2–9. táblázat). A legmagasabb korrelációt a társas izoláció és az interperszonális konfliktus, a legalacsonyabb korrelációt pedig a társas izoláció és az obszesszió közt találtuk. A CFA alapján kiszámítottuk az összetett megbízhatósági mutatót (composite reliability index) és az átlagos megmagyarázott varianciát (average variance extracted) (Bagozzi és Yi, 1988; C. Fornell és Larcker, 1981). Az összetett megbízhatósági mutató minden faktorban 0,60 fölöttinek bizonyult (4.2–9. táblázat). Az átlagos megmagyarázott variancia szintén elfogadható volt ( $>0,50$ ). Szintén kiszámítottuk a diszkrimináns validitás indexet (discriminant validity coefficient) is, ami az átlagos megmagyarázott variancia négyzetgyöke. Habár a diszkrimináns validitás mutatók magasak, a faktorok közti korrelációk pedig erősek voltak, az egyes dimenziók viszonylag gyenge diszkrimináns validitás mutatói arra utalnak, hogy ezek a dimenziók szerves részei a problémás online játék konstruktumának.

4.2–9. táblázat A 12-tételes POGQ-SF konfirmatív faktoranalízise országos reprezentatív serdülő mintán

	Obszesszió	Belefeledkezés	Megvonás	Túlhasználat	Interperszonális konfliktus	Társas izoláció
Amikor nem játszol, milyen gyakran fantáziálsz a játékról, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most játszani?	0,83					
Milyen gyakran ábrándozol a játékról?	0,86					
Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érdekeled, milyen gyorsan múlik az idő?		0,80				
Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted?		0,71				
Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál játszani?			0,81			
Milyen gyakran fordul elő veled, hogy lehangoltnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem játszol, de aztán ez az érzés elmúlik, amikor játszani kezdesz?			0,83			
Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene a játékkal töltött időt?				0,83		
Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?				0,85		
Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnerreddel a játék miatt?					0,76	
Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévők arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?					0,77	
Milyen gyakran fordul elő, hogy nem találkozol egy barátoddal, mert inkább játszani szeretnél?						0,78
Milyen gyakran fordul elő, hogy nemet mondasz egy programra, mert inkább játszani szeretnél?						0,83
Cronbach-alfa	0,83	0,72	0,80	0,83	0,73	0,78
A megmagyarázott variancia átlaga*	0,57	0,71	0,67	0,71	0,59	0,65
Kompozit Reliabilitás Index**	0,73	0,83	0,80	0,82	0,74	0,79
A faktorok közötti korreláció						
Obszesszió	(0,75)\$					
Belefeledkezés	0,77	(0,84)				
Megvonás	0,70	0,77	(0,82)			
Túlhasználat	0,71	0,54	0,66	(0,84)		
Interperszonális konfliktus	0,74	0,71	0,81	0,82	(0,77)	
Társas izoláció	0,57	0,67	0,81	0,63	0,82	(0,81)
Átlag	3,41	4,48	2,89	3,18	3,12	2,66
SD	1,77	2,16	1,58	1,75	1,64	1,81

*Megjegyzés:* Az üresen hagyott cellák a 0 értéken rögzített faktorsúlyokat jelzik. Minden egyéb faktorsúly legalább  $p < 0,001$  szinten szignifikáns. A POGQ egészére vonatkozó Cronbach-alfa=0,91. \*Kézzel számolva a Fornell és Larcker (1981) által leírt képlet alapján; \*\*Kézzel számolva a Bagozzi és Yi (1988) által leírt képlet alapján. \$: A diszkriminációs validitási mutatót a megmagyarázott variancia átlagának négyzetgyökével becsültük.

Teszteltük továbbá a hatfaktoros modell nemek közötti konfigurális, metrikus és skaláris invarianciáját. Az illeszkedési mutatókat a 4.2–10. táblázat mutatja be. Az első konfigurális invariancia teszt arra vonatkozott, hogy vajon a hatfaktoros struktúra írja-e le legjobban a POGQ-SF kérdőívet fiúk és lányok esetében is. Az eredmények azt mutatták, hogy a konfigurális invariancia modell az adatokhoz elég jól illeszkedett (RMSEA=0,053 Cfit>0,135, CFI=0,952). A metrikus invariancia tesztelése érdekében a faktortöltéseket egyenlőre állítottuk a nemek között, szabadon becsültük az intercepteket és reziduális varianciát, a faktorátlagokat pedig 0 értéken rögzítettük a fiúk és a lányok esetében. A korlátozott modell megfelelő illeszkedést eredményezett (RMSEA=0,055 Cfit>0,050, CFI=0,946). A  $\Delta\chi^2$  teszt szignifikáns eltérést jelzett a konfigurális és a metrikus invariáns modell közt (S-B  $\Delta\chi^2$ -teszt=40,3; df=6, p<0,001). Mindazonáltal a  $\Delta$ CFI=0,006 és a  $\Delta$ RMSEA=0,002 kisebbnek bizonyultak a cut-off értékeknél. Ezek az eredmények alátámasztják, hogy a faktortöltések nem tértek el a két nem között. A skaláris invariancia megállapításához az intercepteket és faktortöltéseket egyenlő értéken rögzítettük a két csoportban; a reziduális varianciát szabadon becsültük, és a faktorértékeket 0-ra állítottuk az egyik csoportban, míg a másik csoportban nem rögzítettük. A  $\chi^2$  különbség szignifikáns volt a metrikus és a skaláris invariáns modell közt (S-B  $\Delta\chi^2$ -teszt=24,5; df=6, p<0,001). A  $\Delta$ CFI (0,003) és a  $\Delta$ RMSEA (0,001) azonban a cut-off értékek alatt maradtak, ami a két csoport közti skaláris invarianciát támasztja alá. Az egyediség tesztelése érdekében az intercepteket, faktortöltéseket és az egyediséget (reziduális variancia) egyenlő értékekre állítottuk a két nem esetében. A  $\chi^2$  változás szignifikánsnak bizonyult a skaláris és az egyediség tekintetében invariáns modell közt (S-B  $\Delta\chi^2$ -teszt=236,2; df=12, p<0,001). A  $\Delta$ CFI (0,52) és a  $\Delta$ RMSEA (0,017) értékek azonban meghaladták a cut-off értékeket, így az egyediség invarianciája nem alátámasztott a két csoport közt. Az egyediség invariancia mindazonáltal nem feltétel a két csoport átlagainak összehasonlításához.

4.2–10. táblázat A nemek közti invariancia teszteléséhez alkalmazott modellek illeszkedési mutatói

	$\chi^2$ fiúk	$\chi^2$ lányok	df	CFI	TLI	RMSEA	Cfit of (RMSEA)	SRMR
<i>A lányok és a fiúk csoportján külön végzett elemzések</i>								
1. Csak fiúk	233,5		39	,968	,946	,053	,241	,026
2. Csak lányok		113,8	39	,959	,931	,044	,829	,037
<i>Többcsoporthoz elemzések</i>								
3. Konfigurális invariancia: faktortöltések és interceptek szabadon becsülve, faktorátlagok 0 értéken rögzítve.	210,9	204,3	84	,952	,924	,053	,138	,127
4. Metrikus invariancia: Faktortöltések egyenlő értéken rögzítve, interceptek szabadon becsülve, faktorátlagok 0 értéken rögzítve.	216,2	244,8	90	,946	,921	,055	,063	,175
5. Skaláris invariancia: Interceptek és faktortöltések rögzítve.	232,0	256,1	96	,943	,922	,054	,068	,175
6. Egyediség invariancia: Interceptek, faktortöltések és reziduális variancia rögzítve.	290,7	568,8	108	,891	,867	,071	<,0001	,256

4.2.3.4 Látens profil elemzés

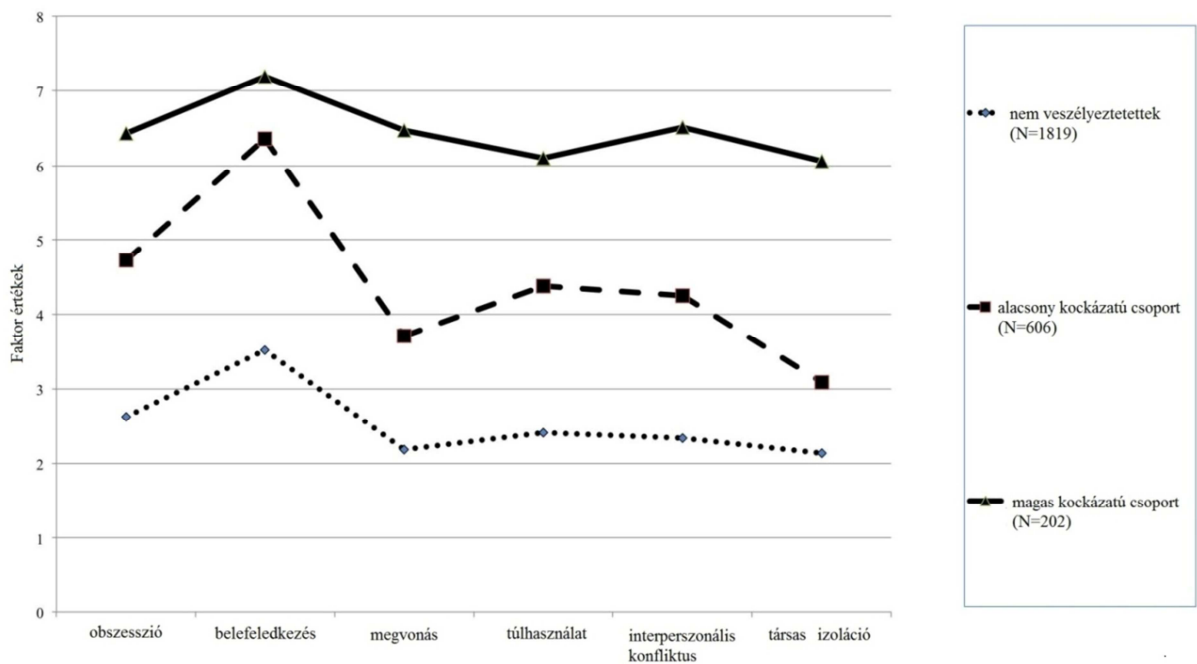
A problémás online játék hat dimenzióján látens profil elemzést végeztünk. A fent felsorolt kritériumok mentén a háromosztályos megoldás került kiválasztásra (4.2–11. táblázat). Az AIC, BIC és SSABIC az osztályok hozzáadása nyomán folyamatosan csökkent. A csökkenés azonban a harmadik látens osztály hozzáadása után megállt. Az entrópia tekintetében a kétosztályos megoldás nyújtotta a legnagyobb értéket, de a háromosztályos megoldás is adekvátnak bizonyult. Az L-M-R Teszt nem szignifikáns p értéke tisztán mutatja a négyosztályos megoldás elutasíthatóságát a háromosztályossal szemben. Elemzéseink tehát a háromosztályos megoldás elfogadását támasztották alá.

4.2–11. táblázat A POGQ-SF skálán végzett látens profil elemzés során kapott illeszkedési mutatók

A látens osztályok száma	AIC	BIC	SSABIC	Entrópia	L-M-R Test	P
2	56966	57079	57019	0,944	6650	<0,001
3	54800	54954	54872	0,913	2141	<0,001
4	53905	54100	53995	0,912	797	0,3423

Megjegyzés: AIC: Akaike Information Criteria; BIC: Bayesian Information Criteria; SSABIC: Sample size adjusted Bayesian Information Criteria; L-M-R Test: Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Ratio Test; p: a p-érték az L-M-R Tesztre vonatkozik.

A három osztály jellemzőit a 4.2–3. ábra mutatja be. Az első osztály (játékosok 68%-a; a teljes minta 37,8%-a) azokat a játékosokat képviseli, akik a POGQ-SF faktorain átlag alatti pontszámokat értek el. A játékosok második csoportja (23,9% játékos és 13,3% teljes minta) a problémás használat szempontjából alacsony kockázatú csoport, míg a harmadik osztály (8,2% játékos és 4,6% teljes minta) a magas kockázattal jellemezhető online játékosok populációját reprezentálja. Mindhárom csoportban, de különösen a másodikban, a belefeledkezés faktor emelkedett szintjét találtuk a másik öt dimenzióhoz viszonyítva.



4.2–3. ábra A POGQ-SF hat faktorán végzett látens profil elemzés

A magas kockázatú csoportba tartozó játékosok nagyobb valószínűséggel (i) voltak férfiak/fiúk, (ii) játszottak 5 óránál többet egy nap, (iii) teljesítettek rosszabbul az iskolában, (iv) rendelkeztek alacsonyabb önértékeléssel, és (v) több depresszív tünetről számoltak be, mint a másik két csoportba tartozó játékosok (4.2–12. táblázat).

#### 4.2.3.5 Az optimális kritériumérték meghatározása a problémás online játék definiálásához: szenzitivitás és specificitás elemzés

A harmadik osztályba tartozást (problémás online játék magas kockázata) tekintve „aranystandardnak”, kiszámoltuk a POGQ-SF szenzitivitás, specificitás, PPV, NPV és pontosság mutatóit minden lehetséges cut-off érték esetében (4.2–13. táblázat). Az elemzés alapján a 32 elért pontot tekinthetjük cut-off pontszámnak, amely segítségével azonosítható a problémás online játék. Ezen az értéken a szenzitivitás 96%, míg a specificitás 97% (tehát csupán a problémás játékosok 4%-a marad azonosíthatatlanul a mérőeszköz által, míg a nem problémás esetek csupán 3%-a kerül a problémás kategóriába). E pontszám esetében a PPV 75%, az NPV pedig 100%. Ez azt jelenti, hogy a pozitív teszteredménnyel rendelkező egyének 25%-a tévesen azonosított, míg a negatív teszteredményekkel rendelkező személyeket helyesen azonosítjuk. A pontosság 97%. A cut-off pontszám emelése több hamis negatív esethez vezetne, míg a pontszám csökkentése tovább emelné a tévesen problémás játékosként azonosított személyek számát.

4.2–12. táblázat A három látens osztály összehasonlítása: a látens osztály prediktorok egyenlőség tesztelése

	Kockázatmentes csoport (N=1883)	Alacsony kockázatú csoport (N=652)	Magas kockázatú csoport (N=221)	Teszt	
				Wald $\chi^2$	p
Nem (férfi %)	56,2 <sub>a</sub>	83,8 <sub>b</sub>	87,2 <sub>b</sub>	235,5	<0,001
Életkor (év); Átlag (SE)	16,43 (0,021) <sub>a</sub>	16,31 (0,032) <sub>b</sub>	16,50 (0,059) <sub>a</sub>	14,2	0,001
Átlagos napi játékidő (≥5 óra %)	8,3 <sub>a</sub>	23,5 <sub>b</sub>	44,9 <sub>c</sub>	133,6	<0,001
Iskolai minősítés (min 10, max 50, átlag 35,5; megbukott <20); Átlag (SE)	35, 83 (0,186) <sub>a</sub>	35,30 (0,325) <sub>a</sub>	33,32 (0,524) <sub>b</sub>	17,7	<0,001
Önértékelés (min 10, max 40, átlag 28,5); Átlag (SE)	28,86 (0,126) <sub>a</sub>	28,17 (0,215) <sub>b</sub>	26,41 (0,393) <sub>c</sub>	33,9	<0,001
Depressziós tünetek (min 6, max 24, átlag 11,35); Átlag (SE)	11,06 (0,076) <sub>a</sub>	11,64 (0,132) <sub>b</sub>	13,00 (0,255) <sub>c</sub>	54,5	<0,001

Megjegyzés: Az egyes betűjelek szignifikáns ( $p < 0,05$ ) különbséget jeleznek az átlagok között a páronként elvégzett Wald  $\chi^2$  teszt alapján (<http://www.statmodel.com/download/meantest2.pdf>).

4.2–13. táblázat A POGQ-SF cut-off határértékeinek számítása

Határ-érték	Valós pozitív	Valós negatív	Álpozitív	Álnegatív	Szenzitivitás (%)	Specifitás (%)	PPV (%)	NPV (%)	Pontosság (%)
27	202	2156	269	0	100	89	43	100	90
28	202	2208	217	0	100	91	48	100	92
29	202	2255	170	0	100	93	54	100	94
30	201	2298	127	1	100	95	61	100	95
31	198	2326	99	4	98	96	67	100	96
32	194	2361	64	8	96	97	75	100	97
33	187	2384	41	15	93	98	82	99	98
34	177	2402	23	25	88	99	89	99	98
35	156	2410	15	46	77	99	91	98	98
36	139	2417	8	63	69	100	95	97	97
37	109	2420	5	93	54	100	96	96	96
38	93	2423	2	109	46	100	98	96	96
39	80	2425	0	122	40	100	100	95	95
40	67	2425	0	135	33	100	100	95	95

#### 4.2.3.6 Diszkusszió: a rövidített POGQ kialakításával kapcsolatos eredmények összegzése

Az eredmények azt mutatták, hogy a serdülők országosan reprezentatív mintáján elvégzett konfirmatív faktoranalízis tanúsága szerint a 12-tételes POGQ-SF kérdőív megfelelő pszichometriai jellemzőkkel rendelkezik. Az eredmények alátámasztják a POGQ-SF-fel kapcsolatos nemi (gender) invarianciára vonatkozó feltételezést, a konfigurációs, a metrikus és a skaláris invariancia tekintetében egyaránt. Ugyanakkor a reziduális invariancia nem nyert megerősítést. A látens profil elemzés feltárta, hogy a játékosok 8,2%-a (a teljes minta 4,6%-a) a magas kockázatú csoportba tartozik. Ez a prevalencia érték összhangban van más nagymintás kutatások eredményeivel (Gentile, 2009; Rehbein és mtsai, 2010). Az eredmények arra is rámutatnak, hogy a serdülők egy további, mintegy 13,3%-a (a játékosok 23,9%-a) a problémás online játék tüneteinek átlagon felüli értékeit mutatják. Mindkét csoport esetében (magas és alacsony kockázatú csoportok) a további kutatások során alapos vizsgálatnak kell alávetni azt a kérdést, hogy melyek azok a háttértényezők, amelyek a problémás online játékkal összefüggő kockázatot hordozhatják.

Jelen vizsgálatban mindhárom a látens profil elemzés során feltárt csoport esetében a belefeledkezés dimenzió mutatott megemelkedett értéket, különösen az alacsony rizikójú csoportban. E dimenzió két tétele (*Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted? Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érdekeled, milyen gyorsan múlik az idő?*) mutatja az online játék túlhajtott, excesszív voltát, a játékba való belefeledkezést, és az időről való megfeleledkezést. Mivel főleg az alacsony kockázatú csoportba tartozó személyek jelenthetik a későbbi prevenciós tevékenység elsődleges célcsoportját, a belefeledkezés jelenségét különösen fontosnak kell tekinteni e programok kimunkálása során.

A magas kockázatú csoportba sorolható játékosok jellemzően férfiak, naponta 5 óránál többet töltenek játékkal, alacsonyabb az iskolai teljesítményük, valamint az önértékelésük, és magasabb depresszió pontszámokat mutatnak, mint a másik két csoportba tartozó játékosok. Ezek az eredmények egybeesengenek más, a mérőeszköz validitását megerősítő vizsgálatok tapasztalataival. Számos vizsgálat érvel amellett, hogy a férfiak esetében magasabb a problémás online játékosrá válás kockázata (Cole és Griffiths, 2007; Rehbein és mtsai, 2010), továbbá, hogy a problémás online játékosok több időt töltenek a játékkal, mint a nem problémás játékosok (Gentile, 2009; Grusser és mtsai, 2007; S. H. Hsu és mtsai, 2009). Néhány tanulmány arra is felhívja a figyelmet, hogy a problémás játékosok iskolai teljesítményére is kedvezőtlen hatást gyakorol a játék (Porter és mtsai, 2010; Young, 2009b), valamint, hogy esetükben önértékelés alacsonyabb szintje tapasztalható (Ko és mtsai, 2005; Lemmens és mtsai, 2011). Néhány tanulmány továbbá azt is kimutatta, hogy a depresszió a problémás online játék komorbid zavaraként jelentkezik (Gentile és mtsai, 2011; Peng és Liu, 2010).

Jelen vizsgálat magyar serdülők bevonásával készült, ezért a jövőbeni kutatások egyik fontos célkitűzése lehet a mérőeszköz kultúrközi összehasonlításban történő tesztelése. Szintén jövőbe mutató cél a POGQ klinikai mintán történő validálása. A POGQ jelen formájában rövid, átfogó jellegű, valamint biztonsággal méri a problematikus online játékot különféle életkori csoportokban és eltérő adatgyűjtési technikákat alkalmazva. A fentiekből adódóan megállapíthatjuk, hogy a POGQ megfelelő eszköz a problémás online játék felbecslésére, további kutatásokra sarkall, valamint segíti a hatóságokat és az egészségügyi

szakembereket abban, hogy megfelelő prevenciós intervenciók és kezelési-ellátási programok kerüljenek kimunkálásra.

#### 4.2.4 Az Online Játzás Motivációja Kérdőív (MOGQ) kialakítása (IV. vizsgálat)

Az MOGQ megalkotásának kiindulópontját az az 56-tételes lista adta, amelynek kialakítását részletesen a 3.4.2. fejezetben mutattam be. A teoretikusan kialakított dimenziók szerint az 56 tétel besorolását a 4.2–14. táblázat mutatja.

##### 4.2.4.1 Statisztikai elemzés

Konfirmatív faktoranalízist (CFA) hajtottunk végre az 56-tételes skálán, hogy leteszteljük a 7-faktoros elméleti modellt. Mivel ez az első CFA elemzés nem eredményezett megfelelő illeszkedési mutatókat, ezért kiválasztottunk egy, a helyzethez illeszkedő elemzési eljárást (Brown, 2006; Brown, White és Barlow, 2005; Campbell-Sills, Liverant és Brown, 2004). Ez alapján egymást követő lépésekben feltártuk a látens struktúrát korlátozó tényezőket (feltáró faktoranalízis), ezután feltáró és megerősítő faktoranalízis kombinációját végeztük el, majd végül egy konfirmátoros faktoranalízist hajtottunk végre. Mind az exploratív mind a konfirmátoros faktoranalíziseket az MPLUS 6.0 programmal végeztük el, az EFA-t maximum likelihood becslés (ML) mellett, a CFA elemzéshez pedig robusztus maximum valószínűség becslést (MLR) alkalmaztunk. Az EFA elemzések megfelelő illeszkedését az RMSEA 90% feletti megbízhatósági tartománya (90% CI), valamint az elemzések  $p$  értékének 0,05 közeli eredménye adja. A CFA elemzésekben is érvényesülnie kell az előzőekben leírt RMSEA és  $p$  érték kritériumoknak továbbá az SRMR, CFI, és TLI mutatóknak is a megfelelő tartományokban kell lenniük. Brown (2006) és Kline (2005) iránymutatásának megfelelően, összetett indexeket választottunk a modell illeszkedésének becslésére, amelyek különböző információkat tartalmaznak a modell működéséről.

A fentebb leírt elemzések kivitelezéséhez, véletlenszerűen kijelöltünk négy, nem átfedő csoportot a mintánkból. Az 1. mintán (N=600) végeztük el a kiinduló EFA elemzést az eredeti 56 tételen. A 2. mintán (N=600) egy különálló EFA elemzéssel keresztvényességi vizsgálatot végeztünk, amelyen tesztelhattunk az első elemzésben feltárt faktor struktúrát. Harmadik lépésként összevontuk az 1. és 2. minta elemeit, hogy felmérhessük a módosított tétel bázist (pl. megoldások a problémás tételek eltávolítására), valamint, hogy becsléseket tehessünk a végső EFA megoldásra. A 3. mintán (N=600) EFA elemzést végeztünk CFA szerkezettel annak érdekében, hogy megalapozhassunk egy sokkal valóságosabb mérési modellt. Az utóbbi lépés előnye, hogy lehetőséget kínál a keresztöltések szignifikanciájának megállapítására és a kiemelkedő hiba kovarianciák feltárására (Brown, 2006). Az 1–3. mintából gyűjtött információk alapján alakítottuk ki a 4. minta (N=2018) CFA struktúra megoldását.



#### 4.2.4.2 A minta leíró jellemzői

A válaszadók 90,6%-a férfi volt. A résztvevők átlagéletkora 20,9 év (SD=5,81), közülük 43,3% 18 évnél fiatalabb és 35,5% életkora 19 és 24 év közötti. A 25–29 évesek aránya 11,4% volt, ezek mellett a 29 év felettiek mindössze a minta egytizedét (9,8%) tették ki. A személyek majdnem kétharmada (65,1%) egyedülálló, 21,9%-nak van párkapcsolata, de nem élnek ugyanabban a háztartásban. Azok, akik együtt élnek párjukkal a minta 12,1%-át adják. A minta maradék 1%-a elvált vagy özvegy. Minden második résztvevő általános vagy középiskolába jár, és a kitöltők 19,5%-át teszik ki a főiskolai vagy egyetemi hallgatók.

#### 4.2.4.3 Az MOGO skála kialakítása

*Konfirmatív faktoranalízis az Online Játzás Motivációja Kérdőív (MOGO) eredeti tételein*

Végrehajtottunk egy CFA elemzést az eredetileg javasolt modell 56 tételén a teljes mintával (N=3818). Az illeszkedési mutatók inadekvát értékei alapján a modell nem illeszkedett az adatokhoz ( $\chi^2=45454,7$  df=1426  $p<0,0001$ ; CFI=0,627; TLI=0,607; RMSEA=0,089 [0,088–0,089] Cfit=0,001; SRMR=0,138). Ahelyett, hogy nagy kiterjedésű feltárást végeztünk volna a nem megfelelő illeszkedés hátterében álló okokra, eldöntöttük, hogy következő lépésként a feltáró elemzések felé mozdulunk, ahogyan azt a statisztikai elemzés részben előzetesen jellemeztük.

#### *Exploratív faktoranalízis*

EFA elemzést végeztünk ML becslés és promax rotáció mellett az 56 tételen az 1. mintával (N=600). A faktor megoldás elfogadhatósága az illeszkedési mutatókon (RMSEA <0,08, Cfit, 90% CI <0,08), a megoldás értelmezhetőségén és az önálló faktortöltéseken alapult (>0,30). Megvizsgáltuk a 6-, 7-, 8- és 9-faktoros eredményeket. Az RMSEA értékek: 0,062 [0,060–0,063] Cfit<,0001 a 6-faktoros megoldásban; 0,057 [0,055–0,059] Cfit<,001 a 7-faktoros megoldásban; 0,053 [0,051–0,055], Cfit 90%=0,009 a 8-faktoros megoldásban és végül 0,050 [0,048–0,052] Cfit=0,573 a 9-faktoros megoldásban. Következésképpen a 9-faktoros megoldást fogadtuk el ( $\chi^2=3356,3$  df=1072  $p<0,0001$ ).

Megismételtük a feltáró faktoranalízist a 2. mintán (N=600). Hasonlóképpen az 1. mintában azonosított eredményekhez, itt is a 9-faktoros megoldás kínálta a legjobb és a leginkább alkalmazható faktor megoldást ( $\chi^2=2551,5$  df=1072  $p<0,0001$ ; RMSEA=0,048 [0,046–0,050] Cfit=0,919). A 4.2–15. táblázatban látható adatok alapján viszont a 7-es faktor nem magyarázható megfelelően 0,60-nál nagyobb faktortöltésű tételekkel.

A kiválasztási folyamatban, a következő szabályokat használtuk: Először is kizártuk azokat a tételeket, amelyek legalább az egyik elemzésben 0,30-nál alacsonyabb faktortöltést mutattak. Másodszor kizártuk az erős keresztöltést mutató elemeket. Abban az esetben, ha a 2 párhuzamosan végzett EFA elemzésnél csak az egyik esetben találtunk keresztöltést, 0,50-

nél jelöltük ki a határértéket, több mint két keresztöltés esetén pedig 0,30-nál, ezen értékek alatti elemeket kizártuk a további elemzésekből. A kizárt tételek áthúzva láthatóak a 4.2–15. táblázatban. A kritériumok alapján 44 tétel maradt meg az eredeti 56 tételből. A tételszelekció után a 9-es faktor mindösszesen 2 tételt tartalmazott (28. és 41.), ezért ezt a faktort kizártuk a további elemzésekből.

Következő lépésként újra lefuttattuk az EFA-t a megmaradt 42 tételen és a kombinált 1. és 2. mintán (N=1200). A felülvizsgált illeszkedési mutatók ( $\chi^2=2444,8$  df=588  $p<0,0001$ ; RMSEA=0,051 [0,049–0,053] Cfit=0,153) és a faktorok értelmezhetősége a 7-faktoros megoldást támasztották alá. A faktortöltések mátrixát a 4.2–16. táblázat szemlélteti. A faktorok tartalmát vizsgálva az eredeti teoretikus dimenziók (4.2–14. táblázat) két ponton módosultak. Egyrészt, az eredeti Coping-Eszképizmus dimenzió valójában két különálló faktornak bizonyult, amelyeket *Eszképizmus*, illetve *Coping* elnevezésekkel jelöltünk. Másrészt, az Omnipotencia-Hatalom faktor nem jelent meg az empirikus struktúrában. Az eredetileg ide sorolt tételek közül három (5, 46, 56) már az elemzés első körében kiesett, míg a másik két tétel (17, 51) a Fantázia faktorhoz tartozónak bizonyult. E két módosulástól eltekintve az empirikus elemzés megerősítette az előzetesen feltételezett dimenziókat, illetve a tételek besorolását is. A faktorok közötti korrelációk a 0,27–0,58 értékek közé esnek. A legnagyobb korrelációs értékeket az 1. faktor (Eszképizmus) és a 2. faktor (Coping) között találtuk. Azonosítottunk továbbá 2 tételt erős ( $\geq 0,30$ ) keresztöltéssel.

#### *Feltárási faktoranalízis megerősítő faktoranalízis megközelítésben*

A 3. mintán a 42 tétel 7-faktoros megoldásának kereszt validálását végeztük el. Mintegy köztes lépésként az EFA és a CFA között, az EFA elemzést a CFA elemzések megközelítéséből alkalmaztuk (E/CFA, Brown, 2006). Ebben a szemléletben, minden faktorhoz egy lehorgonyzott tételt kell rendelni a korábban elvégzett EFA elemzések alapján. A 3-as, 22-es, 33-as, 34-es, 35-ös, 48-as és 54-es tételeket alkalmaztuk, mindegyiket a hozzá megfeleltethető 7 faktor egyikéhez. Az első elemzés alatt nem volt szükség arra, hogy a hibatagok közötti korrelációkat specifikáljuk, ez az egyik fontos előnye a CFA megközelítésnek a szokásos EFA elemzésekkel szemben. A modell illeszkedése már így is közel volt a megfelelőhöz ( $\chi^2=1577,4$  df=588  $p<0,0001$ ; CFI=0,929; TLI=0,896; RMSEA=0,053 [0,050–0,056] Cfit=0,061).

A modifikációs indexek felülvizsgálata és a tételek tartalmának kiértékelése után felszabadítottuk a hiba kovarianciákat a 47-es (*mert jó a társaság és a hangulat*) és az 52-es tétel (*mert jó társasági élmény*) között; a 15-ös (*mert a játék megmozgatja a fantáziámat*) és az 50-es tétel (*mert szabadjára engedhetem a fantáziám*) között. Az tételek korrelációjának érvényességét, tartalmuk elemzése is alátámasztotta. Az illeszkedés mértéke szignifikánsan javult és adekváttá vált ( $\chi^2=1348,0$  df=586  $p<0,0001$ ; CFI=0,945; TLI=0,920; RMSEA=0,047 [0,043–0,050] Cfit=0,959 SRMR=0,023). A faktortöltések és faktor determinációs mutatók a 4.2–16. táblázatban láthatóak. Csupán 4 kiemelkedő ( $\geq 0,30$ ) keresztöltést azonosítottunk.

4.2–14. táblázat Az eredeti 56 motivációs tétel a teoretikus dimenziókhoz rendelve

Menekülés- Megküzdés	Fantázia	Fejlesztés	Omnipotencia-Hatalom	Rekreáció	Versengés	Társas
... hogy ne érezzem magam egyedül (Y1)*	... hogy belebújhassak valaki más bőrébe (Y3)	... mert fejleszti a koncentrációs képességemet (Y4)	... mert a játékban hatalmat élhetek meg (Y5)	... mert pihentet (Y8)	... mert a játékban legyőzhetek másokat (Y11)	... mert így egy csapathoz tartozhatom (Y6)
... mert segít, amikor lehangolt vagy ideges vagyok (Y2)	... hogy kibújhassak a bőrömből egy időre (Y9)	... mert fejleszti a koordinációs készségemet (Y10)	... mert olyan dolgokat tehetek meg, amiket a valóságban nem áll módomban vagy nem szabad megtenni (Y17)	... hogy kikapcsolódjak (Y14)	... mert fontos számomra, hogy minél gyorsabban teljesítsek egy pályát (Y12)	... mert a játék összehoz másokkal (Y23)
... hogy elfeledkezzem a problémáimról (Y7)	... mert a játék megmozgatja a fantáziámat (Y15)	... mert fejleszti a taktikai érzéket (Y16)	... mert a karakteremmel a neten másokat megölhetek (Y46)	... mert élvezem a játékot (Y32)	... hogy győzzek (Y18)	... mert sok különféle embert meg lehet ismerni (Y29)
... hogy elfelejtsem, ha valami kellemetlenség ért vagy valami megbántott (Y13)	... mert az „igazi éneket” jobban meg tudom mutatni játék közben, mint a valóságban (Y27)	... mert a játék kielezi az érzéseimet (Y20)	... mert a játékban bármit megtehetek (Y51)	... mert izgalmas (Y38)	... mert nagy sikerélmény másokat legyőzni (Y24)	... mert új embereket ismerhetek meg (Y35)
... hogy elúzzem az unalmamat (Y19)	... mert ilyenkor egy másik világban lehetek (Y39)	... mert fejleszti az ügyességemet (Y22)	... mert a játékban erősnek érzem magam (Y56)	... mert jó időtöltés (Y44)	... mert kihívást jelent (Y28)	... mert élvezetes más emberekkel együtt játszani (Y41)
... mert a játékkal elmenekülhetek a valóság elől (Y21)	... mert szabadjárá engedhetem a fantáziám (Y50)	... mert a játék konstruktív gondolkodásra ösztönöz (Y26)		... mert szórakoztat (Y54)	... mert szeretem másokkal összemérni a tudásom (Y30)	... mert jó a társaság és a hangulat (Y47)
... mert a játék segít elfeledtetni a mindennapi gondokat (Y25)	... hogy kilépjek kicsit a mindennapi életből (Y55)				... mert szeretek győzni (Y34)	... mert jó társasági élmény (Y52)
... mert a játék segít, hogy jobb hangulatba kerüljek (Y31)					... mert jó érzéssel tölt el, hogy jobb vagyok, mint mások (Y36)	... mert egy közösség része lehetek (Y57)
... mert elfeledtetni velem az igazi életet (Y33)					... mert élvezem a másokkal való versengést (Y42)	
... mert csökkenti a stresszt (Y37)					... mert sikerélményt ad (Y49)	

Menekülés- Megküzdés	Fantázia	Fejlesztés	Omnipotencia-Hatalom	Rekreáció	Versengés	Társas
... mert játék közben elégedettebb vagyok magammal, mint egyébként (Y43)						
... mert örömtelibb, mint a való világ dolgai (Y45)						
... mert segít vezetni a feszültséget (Y48)						
... mert segít vezetni az agressziót (Y53)						

*Megjegyzés:* A zárójelben közölt számok az adott tétel eredeti sorszámaát jelölik.

4.2–15. táblázat Az *MOGQ* feltáró faktoranalízise az 1. és 2. mintán ( $N=600$  mindkét elemzés esetében)

	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5		Faktor 6		Faktor 7		Faktor 8		Faktor 9	
Y33	<b>0,82</b>	<b>0,54</b>	−0,02	−0,08	0,07	<b>0,47</b>	−0,08	−0,03	−0,06	−0,07	0,00	−0,08	0,04	0,18	−0,02	0,05	0,03	0,05
Y21	<b>0,72</b>	<b>0,58</b>	−0,03	−0,16	0,12	<b>0,45</b>	0,06	−0,02	0,02	−0,05	−0,04	−0,01	−0,06	0,04	−0,04	0,07	−0,17	−0,06
Y25	<b>0,71</b>	<b>0,76</b>	<b>0,32</b>	0,07	−0,02	0,16	−0,11	−0,06	0,00	0,01	−0,03	−0,07	−0,25	−0,01	−0,08	−0,02	0,03	0,03
Y46	<b>0,64</b>	0,25	−0,10	−0,02	0,15	<b>0,60</b>	0,00	−0,04	−0,04	−0,05	−0,07	−0,05	0,15	0,22	−0,17	−0,16	0,02	0,02
Y44	<b>0,60</b>	0,19	−0,06	−0,02	−0,09	<b>0,53</b>	0,05	0,03	−0,01	0,09	0,07	−0,08	0,35	0,24	−0,03	−0,05	0,04	0,00
Y1	<b>0,59</b>	<b>0,36</b>	−0,13	−0,01	−0,06	0,25	0,09	0,14	0,06	−0,12	0,07	0,08	0,09	0,23	0,11	0,14	−0,04	−0,01
Y13	<b>0,59</b>	<b>0,78</b>	<b>0,31</b>	0,02	−0,05	−0,04	0,05	0,05	0,06	0,11	0,07	0,05	−0,16	0,02	0,10	0,05	−0,04	−0,11
Y7	<b>0,50</b>	<b>0,77</b>	<b>0,34</b>	0,03	0,06	0,01	0,00	−0,08	0,12	0,09	0,03	0,01	<b>−0,33</b>	−0,17	0,02	−0,03	−0,03	−0,04
Y56	<b>0,46</b>	<b>0,33</b>	0,17	0,10	<b>0,30</b>	<b>0,49</b>	−0,10	−0,09	−0,08	−0,11	−0,04	0,09	−0,01	0,08	−0,11	−0,07	0,03	0,04
Y27	<b>0,43</b>	0,11	−0,01	0,11	0,04	<b>0,52</b>	0,16	0,07	−0,06	0,00	−0,06	−0,01	<b>0,39</b>	0,08	0,03	0,13	0,05	0,05
Y49	−0,04	0,16	<b>0,87</b>	<b>0,73</b>	−0,04	−0,04	0,01	−0,01	−0,05	−0,04	−0,03	0,04	0,01	−0,02	−0,07	−0,08	0,02	0,03
Y37	−0,03	0,18	<b>0,74</b>	<b>0,61</b>	−0,01	0,03	0,00	0,00	−0,04	−0,05	−0,01	−0,02	−0,08	−0,11	−0,08	−0,11	0,04	0,00
Y54	−0,05	0,06	<b>0,69</b>	<b>0,69</b>	0,04	0,07	0,04	0,11	0,01	0,04	−0,07	−0,06	0,18	0,07	0,10	0,04	0,01	0,00
Y2	0,16	<b>0,45</b>	<b>0,60</b>	<b>0,37</b>	−0,01	−0,02	0,00	0,03	0,09	−0,10	0,02	−0,01	−0,05	−0,05	0,17	0,10	0,05	0,10
Y31	0,20	0,26	<b>0,39</b>	<b>0,29</b>	0,05	0,11	0,02	−0,01	−0,09	0,07	0,12	0,19	0,19	0,04	−0,09	−0,12	−0,12	−0,04
Y3	0,11	−0,05	−0,01	−0,05	<b>0,71</b>	<b>0,80</b>	−0,04	−0,03	−0,04	−0,05	0,02	0,04	0,02	−0,20	0,08	0,07	−0,03	0,01
Y51	0,05	0,02	0,01	−0,05	<b>0,70</b>	<b>0,66</b>	0,01	−0,03	−0,15	−0,05	0,01	0,12	−0,01	−0,22	−0,10	−0,13	0,12	0,18
Y15	−0,06	−0,02	−0,06	−0,09	<b>0,66</b>	<b>0,52</b>	0,08	0,12	−0,03	−0,02	0,05	0,06	−0,17	<b>−0,36</b>	−0,15	−0,19	0,05	0,06
Y39	<b>0,30</b>	0,08	−0,11	−0,05	<b>0,65</b>	<b>0,84</b>	−0,15	−0,07	−0,07	−0,12	0,01	0,03	0,17	−0,07	−0,04	−0,08	0,10	0,11

	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5		Faktor 6		Faktor 7		Faktor 8		Faktor 9	
Y17	-0,03	-0,04	0,03	-0,01	<b>0,65</b>	<b>0,70</b>	0,01	0,06	0,15	0,05	0,01	-0,01	0,13	-0,04	0,09	-0,07	-0,03	-0,05
Y9	0,20	0,19	0,04	0,04	<b>0,52</b>	<b>0,57</b>	0,07	-0,02	-0,02	-0,02	-0,01	-0,01	-0,08	-0,19	-0,01	-0,10	-0,03	-0,06
Y52	-0,04	-0,09	0,11	0,16	<b>0,50</b>	<b>0,65</b>	-0,04	0,02	0,12	0,17	0,03	-0,02	<b>0,36</b>	0,06	0,06	-0,04	-0,01	-0,04
Y5	0,03	-0,04	0,01	-0,01	<b>0,36</b>	<b>0,49</b>	0,01	0,08	<b>0,36</b>	<b>0,37</b>	-0,02	-0,04	0,23	-0,02	0,09	0,00	-0,11	-0,15
Y22	-0,01	-0,01	-0,04	0,00	-0,10	-0,10	<b>0,82</b>	<b>0,95</b>	-0,03	-0,01	-0,05	-0,04	0,10	0,10	-0,05	-0,05	0,06	-0,01
Y10	0,01	-0,06	0,05	0,06	-0,15	-0,01	<b>0,82</b>	<b>0,87</b>	0,00	-0,14	-0,03	-0,05	-0,01	0,02	0,01	0,03	0,01	0,05
Y4	0,01	-0,08	0,01	0,09	-0,03	0,02	<b>0,81</b>	<b>0,78</b>	-0,08	-0,04	0,00	0,04	-0,01	-0,10	0,05	0,10	0,06	-0,02
Y20	-0,04	0,09	0,08	-0,01	-0,01	-0,08	<b>0,76</b>	<b>0,77</b>	0,02	0,06	-0,04	0,00	0,06	-0,01	-0,02	-0,03	-0,07	-0,07
Y16	-0,06	-0,06	-0,08	-0,06	0,23	0,06	<b>0,66</b>	<b>0,68</b>	0,01	0,07	0,06	0,12	-0,04	-0,07	-0,01	-0,07	0,10	0,06
Y26	0,03	0,07	0,02	0,02	0,09	0,09	<b>0,59</b>	<b>0,52</b>	-0,08	0,01	-0,01	0,02	-0,03	-0,04	-0,05	-0,07	0,21	0,14
Y18	-0,06	0,09	-0,03	-0,16	0,04	-0,04	0,04	0,03	<b>0,88</b>	<b>0,87</b>	-0,05	-0,09	-0,07	-0,02	0,00	-0,04	0,04	0,10
Y34	-0,05	0,03	-0,02	-0,05	-0,04	-0,05	-0,05	-0,04	<b>0,86</b>	<b>0,89</b>	-0,04	-0,07	0,00	-0,01	-0,09	-0,05	0,17	0,18
Y24	0,01	0,03	-0,03	0,00	-0,09	-0,06	-0,01	0,00	<b>0,86</b>	<b>0,89</b>	-0,02	-0,03	-0,02	-0,02	-0,06	-0,02	0,08	0,02
Y36	0,05	-0,01	0,02	0,04	-0,12	0,02	-0,09	-0,06	<b>0,83</b>	<b>0,86</b>	-0,03	0,00	0,04	0,04	0,01	0,03	0,20	0,03
Y11	-0,01	-0,05	-0,06	0,00	0,09	0,09	0,03	-0,05	<b>0,76</b>	<b>0,83</b>	0,03	0,04	0,04	-0,09	0,01	0,12	-0,14	-0,10
Y43	-0,02	0,01	0,03	0,02	-0,08	-0,15	-0,03	0,03	<b>0,55</b>	<b>0,55</b>	0,06	0,11	0,00	0,14	-0,02	-0,05	<b>0,50</b>	<b>0,37</b>
Y50	0,04	0,07	0,18	0,11	0,05	0,13	0,02	0,02	<b>0,42</b>	<b>0,40</b>	-0,06	0,06	0,12	0,07	-0,16	-0,16	0,14	0,16
Y47	0,20	-0,18	-0,05	0,12	0,04	0,40	-0,03	-0,06	<b>0,35</b>	<b>0,43</b>	0,05	0,06	0,29	0,17	-0,05	0,07	-0,15	-0,17
Y30	-0,02	-0,04	0,05	0,08	0,00	-0,07	0,08	0,07	<b>0,33</b>	<b>0,44</b>	0,18	0,22	0,04	0,02	0,07	0,10	<b>0,52</b>	<b>0,41</b>
Y35	-0,02	-0,01	-0,04	0,01	0,06	0,07	-0,07	-0,03	0,00	-0,03	<b>0,92</b>	<b>0,96</b>	-0,04	-0,06	0,12	0,13	0,05	-0,04

	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3		Faktor 4		Faktor 5		Faktor 6		Faktor 7		Faktor 8		Faktor 9	
Y29	0,08	0,01	-0,05	0,03	0,01	0,10	-0,02	-0,03	-0,11	-0,03	<b>0,86</b>	<b>0,89</b>	0,01	-0,13	0,08	0,15	0,12	0,07
Y23	-0,05	0,02	-0,01	-0,06	0,03	0,02	0,14	0,13	0,06	-0,04	<b>0,70</b>	<b>0,80</b>	-0,06	0,00	0,05	0,04	-0,14	-0,08
Y53	-0,07	-0,03	0,10	0,02	-0,05	-0,08	-0,02	0,00	-0,05	0,01	<b>0,54</b>	<b>0,78</b>	0,09	0,06	-0,26	-0,23	-0,08	-0,04
Y42	-0,01	-0,01	0,01	-0,04	-0,01	-0,03	-0,12	-0,06	0,07	0,00	<b>0,47</b>	<b>0,63</b>	-0,02	0,16	-0,23	<b>-0,32</b>	0,26	0,13
Y48	-0,05	-0,02	0,04	0,00	-0,09	-0,08	0,04	0,05	-0,05	-0,05	<b>0,47</b>	<b>0,71</b>	0,07	0,06	<b>-0,30</b>	-0,20	0,00	0,02
Y6	0,19	0,10	-0,10	-0,07	0,01	0,05	0,21	0,17	0,12	0,04	0,22	<b>0,46</b>	-0,10	0,01	0,14	0,04	0,03	0,06
Y57	<b>0,30</b>	0,04	0,04	0,11	0,10	<b>0,49</b>	-0,02	-0,02	0,20	<b>0,32</b>	-0,04	0,00	<b>0,47</b>	0,16	-0,01	0,07	0,01	0,03
Y55	0,00	-0,02	-0,03	-0,03	-0,01	0,00	-0,05	-0,02	0,06	-0,01	-0,05	-0,01	-0,01	0,07	<b>-0,89</b>	<b>-0,93</b>	-0,05	-0,04
Y32	0,10	-0,04	-0,08	-0,02	-0,03	0,02	0,02	-0,08	0,04	0,01	-0,07	0,05	-0,02	-0,03	<b>-0,79</b>	<b>-0,74</b>	0,10	0,05
Y45	0,10	-0,06	-0,05	-0,02	-0,02	0,14	0,01	0,13	0,01	-0,02	-0,01	0,01	0,07	0,05	<b>-0,75</b>	<b>-0,73</b>	0,01	-0,12
Y14	-0,04	0,02	0,02	0,05	0,00	-0,03	0,03	0,01	0,00	-0,07	-0,01	0,00	-0,08	-0,14	<b>-0,67</b>	<b>-0,59</b>	0,06	0,02
Y38	0,05	-0,04	0,04	0,02	0,15	0,16	0,01	0,07	0,09	0,09	-0,06	0,00	-0,03	-0,05	<b>-0,54</b>	<b>-0,50</b>	0,21	0,22
Y8	-0,10	0,11	0,20	0,15	0,02	-0,04	0,12	0,00	-0,11	-0,01	0,02	-0,11	-0,01	<b>-0,34</b>	<b>-0,45</b>	<b>-0,40</b>	-0,11	0,02
Y41	-0,06	-0,05	0,00	0,02	0,13	0,13	0,16	0,05	0,12	0,22	0,02	0,05	0,03	-0,02	-0,06	-0,10	<b>0,60</b>	<b>0,58</b>
Y28	-0,03	0,01	-0,02	0,01	0,06	0,05	0,19	0,03	0,18	<b>0,32</b>	-0,03	0,07	-0,07	-0,08	-0,13	-0,06	<b>0,51</b>	<b>0,51</b>
Y12	0,03	0,19	-0,07	-0,14	0,02	0,04	0,23	0,21	0,23	<b>0,33</b>	0,00	0,01	0,04	-0,05	0,06	0,06	0,01	-0,01
Y19	-0,01	0,25	0,06	0,09	0,03	-0,08	0,04	-0,02	0,19	0,22	0,04	0,13	-0,04	-0,06	-0,27	-0,25	-0,14	-0,24

Megjegyzés: A feltáró faktoranalízis maximum valószínűség becsléssel és promax rotációval történt. A 0,30-nál nagyobb faktortöltéseket félkövér karakterek jelzik.

4.2–16. táblázat Az *MOGQ* látens struktúrája: EFA ( $N=1200$ , 1. és 2. minta) és CFA szemléleti keretben végzett EFA ( $N=600$ , 3. minta)

	Eszképizmus		Coping		Fantázia		Készségfejlesztés		Rekreáció		Versengés		Társas	
	EFA	E/CFA	EFA	E/CFA	EFA	E/CFA	EFA	E/CFA	EFA	E/CFA	EFA	E/CFA	EFA	E/CFA
Y33*	<b>0,82</b>	<b>0,81</b>	−0,12	0,00	0,12	0,00	−0,01	0,00	−0,01	0,00	0,00	0,00	−0,02	0,00
Y21	<b>0,82</b>	<b>0,99</b>	−0,12	−0,19	0,12	−0,02	0,05	0,17	−0,00	0,07	−0,07	−0,08	−0,04	−0,05
Y25	<b>0,78</b>	<b>0,77</b>	0,21	0,10	−0,13	−0,02	0,01	−0,01	0,11	0,10	−0,04	0,01	−0,07	0,00
Y13	<b>0,63</b>	<b>0,79</b>	0,23	0,16	−0,11	−0,10	0,08	0,06	−0,04	0,01	−0,01	−0,07	0,01	0,01
Y45	<b>0,57</b>	<b>0,38</b>	−0,08	0,16	0,22	0,12	−0,04	−0,03	0,12	0,04	0,06	0,11	−0,03	−0,01
Y1	<b>0,50</b>	<b>0,31</b>	−0,01	0,02	−0,03	0,09	0,08	−0,04	−0,15	−0,09	−0,05	0,08	0,16	0,20
Y55	<b>0,48</b>	0,29	0,13	0,19	<b>0,34</b>	<b>0,41</b>	−0,12	0,04	0,08	0,08	−0,03	−0,02	0,03	−0,03
Y48*	0,03	0,00	<b>0,85</b>	<b>0,88</b>	−0,01	0,00	−0,05	0,00	0,05	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00
Y37	0,07	−0,13	<b>0,73</b>	<b>0,86</b>	0,03	0,06	−0,04	−0,01	0,08	−0,01	−0,01	0,00	−0,04	−0,05
Y53	0,07	−0,01	<b>0,65</b>	<b>0,65</b>	0,07	0,19	0,03	0,10	−0,11	−0,18	0,14	0,18	−0,04	−0,05
Y2	0,28	0,26	<b>0,56</b>	<b>0,50</b>	−0,08	−0,04	0,06	0,03	−0,10	−0,05	−0,10	−0,04	0,04	−0,04
Y31	0,23	0,06	<b>0,34</b>	<b>0,48</b>	0,05	0,11	−0,02	−0,06	0,12	0,09	0,09	0,20	0,18	0,12
Y8	−0,07	−0,18	0,26	<b>0,39</b>	0,07	0,00	0,10	0,04	<b>0,41</b>	<b>0,36</b>	−0,18	−0,10	−0,13	−0,05
Y3*	0,08	0,00	−0,03	0,00	<b>0,76</b>	<b>0,74</b>	−0,02	0,00	−0,12	0,00	−0,09	0,00	0,05	0,00
Y39	0,26	−0,06	−0,07	0,14	<b>0,71</b>	<b>0,75</b>	−0,08	−0,02	0,06	0,02	−0,03	0,12	0,03	0,05
Y50	−0,03	−0,28	0,05	0,20	<b>0,68</b>	<b>0,67</b>	0,07	0,11	0,12	0,10	−0,08	0,09	0,12	0,07
Y17	0,11	−0,11	0,00	0,09	<b>0,66</b>	<b>0,62</b>	0,01	0,14	0,02	−0,10	0,12	0,28	−0,07	0,03
Y15	−0,10	−0,20	−0,02	0,08	<b>0,63</b>	<b>0,50</b>	0,18	0,27	0,22	0,22	−0,12	0,03	0,01	0,02
Y9	0,21	0,05	0,05	0,10	<b>0,56</b>	<b>0,55</b>	0,01	0,16	−0,03	0,03	−0,06	−0,02	−0,02	−0,01
Y51	0,11	−0,12	0,11	0,26	<b>0,55</b>	<b>0,67</b>	−0,03	0,02	0,08	−0,13	0,27	<b>0,33</b>	−0,04	0,00
Y22*	0,05	0,00	−0,06	0,00	−0,09	0,00	<b>0,90</b>	<b>0,84</b>	0,02	0,00	0,07	0,00	−0,01	0,00
Y10	0,00	−0,09	0,02	0,13	−0,02	0,03	<b>0,85</b>	<b>0,91</b>	0,06	−0,07	−0,02	−0,16	−0,02	−0,07
Y4	−0,10	−0,15	0,07	0,14	0,11	0,12	<b>0,79</b>	<b>0,85</b>	−0,13	−0,07	−0,04	−0,11	0,01	−0,07



	Eszképizmus		Coping		Fantázia		Készségfejlesztés		Rekreáció		Versengés		Társas	
Y20	0,07	−0,09	−0,02	0,15	−0,01	0,08	<b>0,78</b>	<b>0,73</b>	−0,02	−0,01	0,08	0,15	−0,04	−0,08
Y16	−0,05	−0,26	−0,08	0,06	0,09	0,20	<b>0,72</b>	<b>0,70</b>	0,07	0,10	0,05	0,07	0,08	0,00
Y26	0,09	−0,13	0,00	0,13	0,01	0,15	<b>0,62</b>	<b>0,59</b>	0,11	0,08	0,00	0,05	0,05	0,03
Y54*	0,05	0,00	−0,05	0,00	0,00	0,00	−0,06	0,00	<b>0,88</b>	<b>0,77</b>	0,04	0,00	−0,02	0,00
Y32	0,05	0,07	−0,08	−0,12	−0,01	−0,07	−0,07	−0,10	<b>0,81</b>	<b>0,79</b>	0,05	0,09	0,01	0,05
Y14	0,02	−0,04	0,06	0,11	−0,02	0,01	0,04	0,03	<b>0,65</b>	<b>0,60</b>	−0,11	−0,07	−0,06	−0,09
Y38	−0,03	−0,18	0,03	0,15	0,18	0,22	0,08	0,05	<b>0,54</b>	<b>0,51</b>	0,17	0,21	0,02	0,03
Y34*	−0,04	0,00	0,00	0,00	−0,05	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	<b>0,91</b>	<b>0,90</b>	−0,06	0,00
Y24	0,01	0,14	0,02	−0,08	−0,04	−0,02	0,02	0,08	0,00	0,02	<b>0,89</b>	<b>0,79</b>	−0,07	−0,04
Y36	0,02	0,15	0,02	−0,06	−0,02	−0,02	−0,05	0,02	−0,05	0,03	<b>0,88</b>	<b>0,78</b>	−0,01	0,01
Y18	0,02	0,05	−0,07	−0,08	−0,03	0,03	0,08	0,11	0,03	0,01	<b>0,85</b>	<b>0,81</b>	−0,07	−0,12
Y11	−0,03	0,05	0,00	−0,11	0,15	0,18	−0,03	0,16	−0,13	−0,05	<b>0,77</b>	<b>0,72</b>	−0,05	−0,10
Y42	0,00	0,02	−0,01	−0,12	−0,10	0,01	0,06	0,09	0,12	0,12	<b>0,64</b>	<b>0,67</b>	0,14	0,13
Y49	0,04	0,04	0,19	0,27	0,10	0,13	0,02	0,10	0,13	0,11	<b>0,46</b>	<b>0,39</b>	0,10	0,05
Y35*	−0,01	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	−0,01	0,00	−0,11	0,00	−0,03	0,00	<b>0,97</b>	<b>0,93</b>
Y29	−0,05	0,01	0,02	−0,04	0,09	0,01	0,02	0,04	−0,08	0,03	−0,06	−0,02	<b>0,90</b>	<b>0,91</b>
Y23	0,03	0,15	−0,03	−0,08	0,02	−0,14	0,12	0,18	−0,04	0,03	−0,03	−0,04	<b>0,75</b>	<b>0,73</b>
Y52	0,00	0,04	0,03	−0,02	−0,01	−0,08	−0,04	0,01	0,23	0,21	0,02	−0,02	<b>0,68</b>	<b>0,60</b>
Y47	0,02	0,06	−0,03	0,02	−0,07	−0,14	0,01	0,01	0,25	<b>0,30</b>	−0,01	−0,05	<b>0,66</b>	<b>0,51</b>
Det.	0,96	0,96	0,94	0,95	0,95	0,94	0,96	0,96	0,94	0,92	0,97	0,97	0,97	0,97

*Megjegyzés:* A 0,30-nál nagyobb faktortöltéseket félkövér karakterek jelzik. EFA = exploratív faktoranalízis (maximum valószínűség becslés promax rotációval); E/CFA = CFA szemléleti keretben végzett EFA (robosztus maximum valószínűség, MLR); Det.: faktor determinációs mutató; \* lehorgonyzott tétel az E/CFA elemzés során.

*Megegerősítő faktoranalízis*

Az előzetesen az 1., 2. és a 3. mintán végzett elemzések alapján, a 7-faktoros megoldást teszteltük a 4. mintán (N=2018). Továbbá annak érdekében, hogy egy hasznos és rövid mérőeszközt állíthassunk össze az online játék motivációi számára, végrehajtottunk egy újabb tételszelekciót minden faktoron, hogy limitáljuk a tételek számát. Mivel egy látens struktúrát biztosan meghatározhat 4 tétel, ezt a számot választottuk, mint a tételek felső limitjét minden faktorra. Az egyes skálák tartalmi validitását megőrzendő, a tételek szelekciójában tekintetbe vettük a faktortöltéseket csakúgy, mint a tételek tartalmát. Ezzel összhangban, a tételek kizárása során a faktortöltések szem előtt tartása mellett arra is törekedtünk, hogy azokat a tételeket tartsuk meg, amelyek képesek minél változatosabb módon lefedni a faktorok tartalmát. A mérési modellt és a szelektált tételeket a 4.2–17. táblázat szemlélteti.

Ez a modell megfelelő illeszkedést mutatott az adatokkal ( $\chi^2=2263,0$  df=303  $p<0,0001$ ; CFI=0,926; TLI=0,914; RMSEA=0,057 [0,054–0,059] Cfit<0,001; SRMR=0,050). Rákeresve a parciális illeszkedési hiányokra, magas hiba kovarianciát találtunk a 29-es (*mert sok különféle emberrel találkozhatok*) és a 35-ös tétel (*mert új embereket ismerhetek meg*) között a Társas faktorban; a 4-es (*mert fejleszti a koncentrációs képességemet*) és a 10-es tétel (*mert fejleszti a koordinációs készségemet*) között a Készségfejlesztés faktorban; a 21-es (*mert a játékkal elmenekülhetek a valóság elől*) és a 33-as tétel (*mert elfeledtettem velem az igazi életet*) között az eszközizmus faktorban, valamint a 3-as tétel (*hogyan kibújhatok a bőrömből egy időre*) és a 9-es tétel (*hogyan beledújhatok valaki más bőrébe*) között a Fantázia faktorban. Ezeket a hiba kovarianciákat felszabadítva emelkedett a modell illeszkedése ( $\chi^2=1909,0$  df=299  $p=0,107$ ; CFI=0,939; TLI=0,928; RMSEA=0,052 [0,049–0,054] Cfit=0,107; SRMR=0,046). Ezért a végső modell 27 tételt tartalmaz az eredeti 56 tételből. A faktortöltések, faktor determinációs mutatók, belső konzisztenciák, átlagok és szórások a 4.2–17. táblázat láthatóak.

4.2–17. táblázat Az *MOGQ* látens struktúrája: megerősítő faktoranalízis a 4. mintán ( $N=2018$ )

	<b>Eszké- pizmus</b>	<b>Coping</b>	<b>Fantázia</b>	<b>Készség- fejlesztés</b>	<b>Rekreáció</b>	<b>Versengés</b>	<b>Társas</b>
Y33	<b>0,78</b>						
Y21	<b>0,72</b>						
Y25	<b>0,85</b>						
Y13	<b>0,74</b>						
Y48		<b>0,82</b>					
Y37		<b>0,77</b>					
Y53		<b>0,70</b>					
Y31		<b>0,72</b>					
Y3			<b>0,66</b>				
Y39			<b>0,83</b>				
Y17			<b>0,66</b>				
Y9			<b>0,70</b>				
Y22				<b>0,87</b>			
Y10				<b>0,80</b>			
Y4				<b>0,73</b>			
Y20				<b>0,84</b>			
Y54					<b>0,84</b>		
Y32					<b>0,80</b>		
Y14					<b>0,63</b>		
Y34						<b>0,86</b>	
Y24						<b>0,84</b>	
Y36						<b>0,87</b>	
Y42						<b>0,74</b>	
Y35							<b>0,86</b>
Y29							<b>0,85</b>
Y23							<b>0,85</b>
Y52							<b>0,75</b>
Det.	0,94	0,94	0,92	0,94	0,92	0,95	0,94
$\alpha$	0,87	0,84	0,82	0,89	0,79	0,90	0,90
Átlag	1,91	2,49	2,33	2,25	4,12	2,42	3,03
SD	1,00	1,08	1,13	1,14	0,93	1,19	1,21

Megjegyzés:  $\alpha$ =Cronbach-alfa. Az üres cellák 0 faktortöltést jeleznek a CFA-ban.

## 4.2.4.4 A 7-faktoros modell bemutatása

Az elemzéseket bemutató részekben ismertetett 7-faktoros modell nagyban tükrözi az eredeti, teoretikusan felvázolt modellt (4.2–14. táblázat). Az első faktorba olyan tételek kerültek, amelyek a valóság, és különösen a való világ problémái, nehézségei elől történő elmenekülésre utalnak. Ez a faktor az *Eszképizmus* nevet kapta. Más tételek az eredeti Coping-Eszképizmus dimenzióról a második faktorra töltöttek. Ezek a tételek a játéknak a feszültség, a stressz, az agresszió levezetésében, illetve a hangulat javításában betöltött szerepét tükrözik, ezért ezt a faktort *Coping* faktornak neveztük el. A harmadik, *Fantázia* elnevezésű faktor arra a motívumra utal, hogy a játékos kiléphessen a megszokott identitásából, és különböző fantázia világokban kipróbálhasson más identitásokat, és olyan dolgokat tehessen meg, amiket a való világban nem. A negyedik, *Készségfejlesztés* elnevezésű faktor tételei arra utalnak, hogy a játékos azért játszik, hogy fejlessze ügyességét, koordinációs készségét, koncentrációját vagy más készségeit. A *Rekreáció* faktor három tétele az online játék rekreációs, kikapcsolódást segítő aspektusát tükrözi. A hatodik faktor négy tétele a versengést, a győzelem vágyát, a mások legyőzésének élményét takarja; innen a *Versengés* elnevezés. Végül a hetedik faktorba kerültek azok a tételek, amelyek a játék társas aspektusait emelik ki. Ilyen az új emberek megismerésének az öröme és általában a másokkal való együttlét, a közös játék élményének a keresése. Ez a faktor a *Társas* elnevezést kapta.

*A hét faktor korrelációja.* A faktorok korrelációi 0,198 és 0,604 közé estek (4.2–18. táblázat). A leggyengébb együttjárást az Eszképizmus és Rekreáció faktorok mutatták, de szintén alacsony volt az Eszképizmus, a Készségfejlesztés és a Versengés dimenziók együttjárása is. A Versengés faktor a Rekreációval, valamint a Rekreáció faktor a Készségfejlesztéssel mutatott gyenge korrelációt. A legerősebb korrelációt az Eszképizmus, a Coping és a Fantázia faktorok között találtuk.

4.2–18. táblázat Az MOGQ faktorai között talált korrelációk (N=3818)

	Coping	Fantázia	Készség- fejlesztés	Rekreáció	Versengés	Társas
Eszképizmus	,602	,604	,250	,198	,290	,303
Coping		,516	,412	,426	,403	,445
Fantázia			,320	,310	,310	,362
Készség- fejlesztés				,249	,386	,458
Rekreáció					,257	,383
Versengés						,339

*Megjegyzés:* Minden korreláció szignifikáns a  $p < ,001$  szinten.

4.2.4.5 A faktorok kapcsolata egyes szociodemográfiai jellemzőkkel

Az egyes motivációk átlag értékeit a 4.2–17. táblázat szemlélteti. Szemmel láthatóan a legmagasabb értékek (4,12; SD=0,93) a *Rekreáció* dimenzióján jelennek meg, amit a *Társas* dimenzió követ (3,03; SD=1,21). Ezek után sorban a *Coping*, *Versengés*, *Fantázia*, *Készségfejlesztés* és végül az *Eszképzizmus* dimenzió szerepel. A Készségfejlesztés dimenzióján kívül, minden esetben szignifikáns különbség jelenik meg a faktorok között. A férfiak magasabb értékeket értek el a Versengés faktoron, míg az összes fennmaradó dimenzióban a nők értékei voltak magasabbak. A kor szignifikáns hatása is megjelenik. Egy dimenziót kivéve a fiatalok magasabb átlag értékeket értek el mint az idősebb társaik. Ez a kivétel a Rekreáció dimenzió volt, ahol az idősebbek pontszámai jeleztek magasabb értékeket (4.2–19. táblázat).

4.2–19. táblázat Az *MOGO* faktorainak átlag pontszámai és szórásai (zárójelben) a szociodemográfiai változók tekintetében (N=3818)

	Férfi (N=3461)	Nő (N=357)	t-próba	14–17 évesek (N=1239)	18–21 évesek (N=1265)	22–54 évesek (N=1314)	F
Eszképzizmus	1,86 (0,97)	2,29 (1,16)	6,746***	1,99 (1,07)	1,91 (0,98)	1,82 (0,93)	9,719***
Coping	2,48 (1,08)	2,61 (1,01)	2,124*	2,62 (1,16)	2,52 (1,07)	2,36 (0,98)	19,595***
Fantázia	2,28 (1,11)	2,78 (1,24)	7,244***	2,47 (1,16)	2,32 (1,14)	2,20 (1,08)	17,788***
Készségfejlesztés	2,26 (1,16)	2,18 (1,02)	1,277	2,34 (1,17)	2,29 (1,14)	2,12 (1,11)	13,867***
Rekreáció	4,10 (0,93)	4,30 (0,82)	4,400***	4,03 (1,00)	4,12 (0,91)	4,21 (0,86)	11,386***
Versengés	2,47 (1,19)	1,87 (0,98)	10,900***	2,60 (1,24)	2,43 (1,19)	2,23 (1,09)	31,527***
Társas	3,00 (1,21)	3,35 (1,18)	5,357***	3,18 (1,23)	3,02 (1,19)	2,89 (1,20)	17,327***

Megjegyzés: \*p<0,05, \*\*\*p<0,001.

4.2.4.6 Diszkusszió: az *MOGO* kialakításával kapcsolatos eredmények

Az elemzés célja az volt, hogy mélyebb ismereteket szerezzünk az online játékok motivációs bázisáról és a kapott eredményeket operacionalizáljuk. Elemzésünk egy fontos eredménye – köszönhetően az eredeti tételeknek amelyeket egy széles körű bázistól gyűjtöttünk, illetve, hogy több forrásból szereztünk információt (az online játékok szakirodalmi anyagai és online játékosok) –, képesek voltunk feltárni, leírni és

operacionalizálni az online játék egy feltehetően átfogó motivációs skáláját. Még inkább fontos lehet, hogy a korábbi kutatásoktól (R. Bartle, 2003; Frostling-Henningsson, 2009; N. Yee, 2006c) eltérő módon, az azonosított hét dimenzió minden típusú online játék esetében alkalmazható annak köszönhetően, hogy mintánkat nem korlátoztuk egy bizonyos típusú online játékot játszó körére. A hét dimenzióban korábban már azonosított faktorok is feltűntek, és mellettük új – korábbi munkákban még nem bemutatott – skálák is kiemelkedtek. Már Bartle (2003) feltételezte, Yee (2006c) és Frostling-Henningsson (2009) pedig igazolta egy társas faktor jelenlétét, ami eredményeink alapján a második legfontosabb motivációs dimenzióként jelenik meg. Ugyanakkor érdekes, hogy az eredményeink fényében legmeghatározóbb dimenzió, a Rekreáció (M=4,12), nem merült fel korábbi kutatásokban. Valószínű, hogy a korábbi, a kezdeti dimenziókat nem empirikus módszerekkel meghatározó kutatások egyszerűen megfeledeztek erről a dimenzióról, amely nem hordoz specifikus tartalmat, hanem a kikapcsolódás és szórakozás iránti alapvető szükségletet takarja. Habár a valóságtól és problémáktól való menekülést kifejező dimenzió (Eszképzizmus) megjelenik a korábbi tanulmányokban, az általunk azonosított Coping faktor – amely tisztán elkülönül az Eszképzizmus faktortól – nem található meg ezekben. Míg az Eszképzizmus a valóságtól való elszakadást hangsúlyozza, az utóbbi lényege, hogy a játék segít megküzdenni a valós problémákkal (stressz, agresszió, szorongás), segít kordában tartani a kellemetlen hangulatot és nem kívánt impulzusokat. Fontos aláhúznunk, hogy míg az Eszképzizmus központi eleme számos tanulmánynak, szerepe nem elsőrendű a játékos populációban. Jelen minta résztvevői ezen a dimenzión érték el a legkisebb átlag pontszámot (1,91). Elképzelhető magyarázat ugyanakkor, hogy ez a dimenzió inkább a problémás játék esetében meghatározó, ennek az állításnak az alátámasztása azonban további kutatásokat igényel. A Versengés faktort Yee (2006c) modelljében a Teljesítmény dimenzióba ágyazva találjuk, a különböző készségek fejlesztésének igényét azonban nem azonosították korábbi kutatások releváns motivációs faktorként. Végül pedig a Fantázia dimenziót Yee (2006c) Szerepjátás faktorában érhetjük tetten.

A fent bemutatott tények tükrében fontos látnunk azt, hogy bár az online játék negatív következményeiről gyakorta hallunk, az online játék valójában szerteágazó motivációs háttérrel bír, és számos valós szükséglet kielégítésére alkalmas. Az online játékokat és más alkalmazásokat gyakran kritizálják amiatt, hogy a felhasználót a számítógép és egy virtuális valóság elé köti, és ezáltal potenciálisan eltéríti a való világtól és igazi személyközi kapcsolatokról, interakciókról és tevékenységekről. Az online játékok kapcsán fennálló kockázatok mellett azonban figyelembe kell venni, hogy ezek az alkalmazások alapvető és valós emberi szükségleteket elégítenek ki a modern társadalmi feltételek mellett.

Összességében, kutatásunk legfontosabb eredménye lehet, hogy az online játékok motivációs hátterének feltárásán keresztül egy olyan eszközt és módszert sikerült kialakítanunk, amely megbízható alapot képezhet a jövő kutatásai számára. A további kutatások feladata a különböző játék típusok leírása és összehasonlítása, csakúgy, mint ezek motivációs hátterének leírása és összehasonlítása, valamint a motivációs háttér és a problémás játék viselkedés közt található kapcsolódási pontok feltárása is. Ez utóbbi kérdésfelvetés segíthet a problémás online játékot és az addikció lehetséges kockázatát bejósoló dimenziók azonosításában. Az ivási motívumok feltárására irányuló kutatások (Cooper, Frone, Russell és Mudar, 1995; Kuntsche, Knibbe, Gmel és Engels, 2005) eredményei alapján azt gondoljuk, hogy legfőképpen a Coping és az Eszképzizmus dimenziók dominanciája jelzi a problémás játékot, mindazonáltal további kutatásokra lenne

szükség e feltételezés megerősítéséhez. Egy másik feladata a jövőbeli kutatásoknak ezen a területen, hogy meghatározza a kapcsolatot a specifikus motiváció dimenziók és a különböző személyiségvonások vagy személyiségjegyek között.

#### 4.2.5 A problémás online játék és a tüneti dimenziók kapcsolata (IV. vizsgálat)

A problémás online játszás és a tüneti skálák, illetve az impulzivitás közötti kapcsolatot a 4.1.6. fejezetben bemutatottakhoz hasonló módon elemeztük. Az elemzéshez a IV. vizsgálat adatbázisát használtuk, így a POGQ mellett ez alkalommal az SCL-90 skála helyett annak rövidített változatát a *Rövid Tünetlistát* (Brief Symptom Inventory, BSI) alkalmaztuk, s mivel ebben az adatfelvételben nem szerepelt a BIS-11 Impulzivitás Skála, ezért helyette a Rövid Szenzoros Élménykeresés Skálát (Brief Sensation Seeking Scale, BSSS) használtuk az elemzésben. A strukturális egyenlet modellezéssel (structural equation modeling, SEM) végzett két elemzésből az első esetben csak a kilenc BSI skála szerepelt, a második elemzésben ezek mellett a BSSS skála is bekerült a modellbe. Az elemzések maximum valószínűség becsléssel (MLR) az MPLUS 6.0 alkalmazás segítségével készültek.

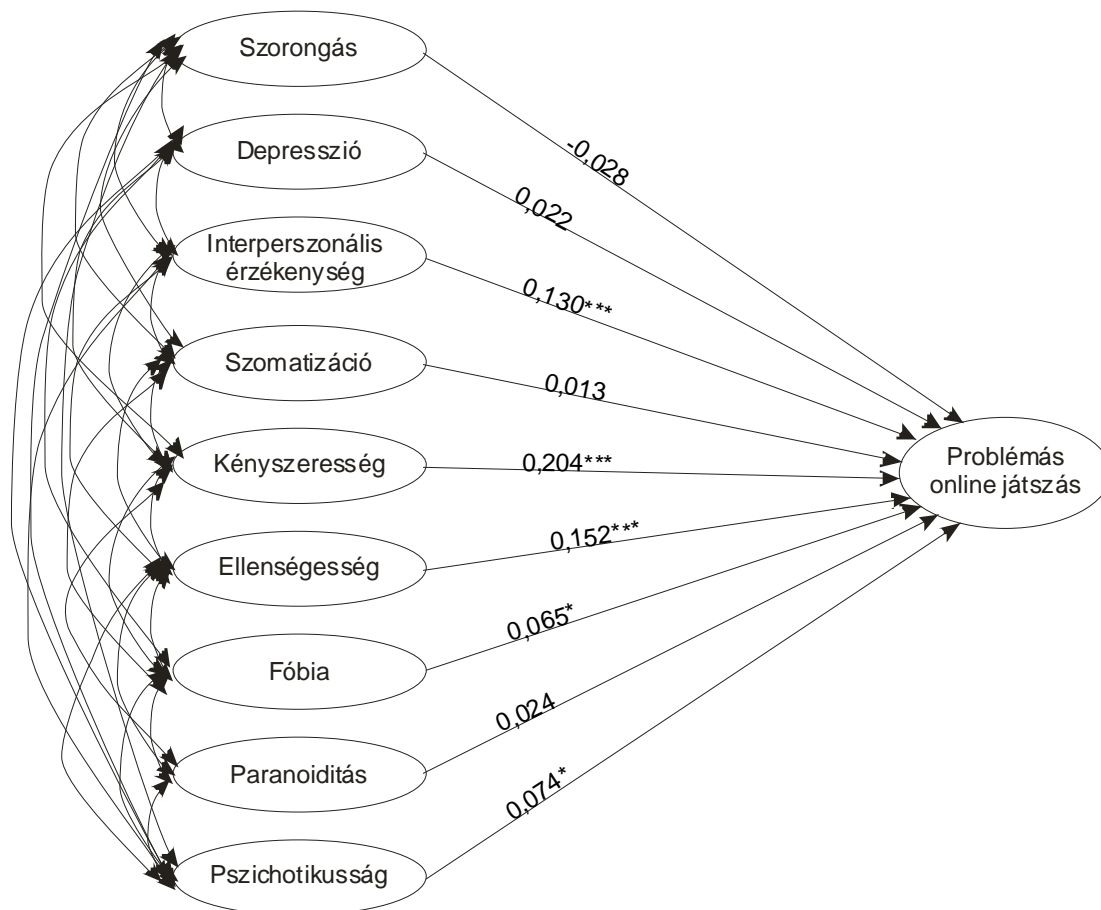
A vizsgált dimenziók közötti korrelációs kapcsolatot a 4.2–20. táblázat mutatja. Látható, hogy a problémás online játszás mértéke (POGQ) valamennyi tünetiskálával legalább 0,4 szinten ( $p < 0,001$  minden esetben) korrelál, míg a szenzoros élménykereséssel bár szignifikáns, de alacsony mértékű (0,090) az együttjárás.

4.2–20. táblázat A problémás online játszás és az egyes tünetiskálák közötti korrelációs értékek

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) POGQ										
(2) Szenzoros élménykeresés	0,090									
(3) Szorongás	0,463	0,134								
(4) Depresszió	0,456	0,079	0,725							
(5) Interperszonális érzékenység	0,482	0,041	0,710	0,760						
(6) Szomatizáció	0,404	0,138	0,700	0,543	0,550					
(7) Kényszeresség	0,507	0,122	0,739	0,709	0,695	0,648				
(8) Ellenségesség	0,458	0,192	0,695	0,607	0,587	0,597	0,623			
(9) Fóbia	0,435	0,082	0,694	0,576	0,633	0,655	0,651	0,572		
(10) Paranoiditás	0,455	0,126	0,691	0,680	0,745	0,563	0,679	0,647	0,630	
(11) Pszichoticizmus	0,490	0,088	0,742	0,780	0,782	0,638	0,745	0,634	0,677	0,714

Megjegyzés: Minden korrelációs együttható szignifikáns ( $p < 0,001$ ), kivéve (2)–(5) relációban  $p < 0,05$  és (2)–(9) relációban  $p < 0,01$ .

Az egyes skálák ugyanakkor egymással is igen magas korrelációt mutattak, így közös modellbe helyezve a dimenziókat, ezek a hatások jelentős mértékben eliminálódtak. A tünetskálák és a POGQ kapcsolatát SEM elemzéssel vizsgálva (4.2–4. ábra) azt látjuk, hogy az interperszonális érzékenység (0,130), a kényszeresség (0,204), az ellenségesség (0,152), a fobia (0,065) és a pszichotikusság (0,074) hatása szignifikáns, bár 0,2 feletti hatás csak a kényszeresség esetében mutatkozott.

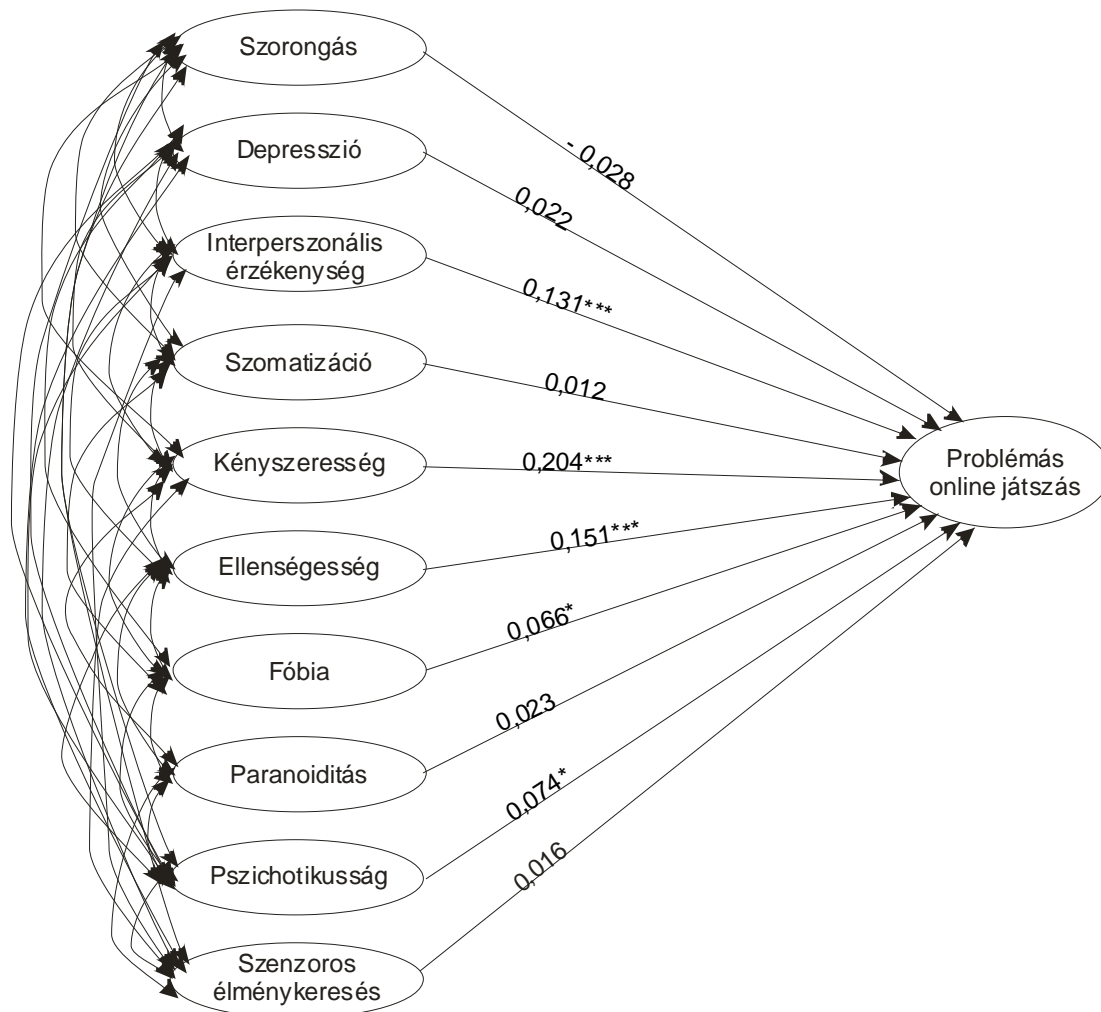


4.2–4. ábra A problémás online játék kapcsolata a tünetskálákkal

Megjegyzés: \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Amennyiben a modellbe a szenzoros élménykeresés dimenziót is beemeljük, a képek keveset változik. A kényszeresség (0,204) továbbra is a legerősebb kapcsolatot mutatja a POGQ-val, s szintén szignifikáns marad a kapcsolat az interperszonális érzékenység (0,131), az ellenségesség (0,151), a fobia (0,066) és a pszichotikusság (0,074) esetében (4.2–5. ábra).





4.2–5. ábra A problémás online játszás kapcsolata a tünet-skálákkal és a szenzoros élménykereséssel

Megjegyzés: \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$

### 4.3 Testedzésfüggőség

#### 4.3.1 A Testedzés Függőség Skála (EDS) és a Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) adaptálása (III. vizsgálat)

A Testedzés Függőség Skála (EDS, Hausenblas és Symons Downs, 2002a) és a Testedzés Addikció Kérdőív (EAI, Terry és mtsai, 2004a) adaptálására a III. vizsgálat keretében került sor. Míg az internetfüggőség, illetve problémás internethasználat, valamint a problémás online játék esetében nem találtunk olyan kérdőívet a nemzetközi gyakorlatban, amely megnyugtató kiindulópont lehetett egy komprehenzív és megbízható eszköz kialakításához, addig a testedzésfüggőség esetében több ilyen eszköz is kínálkozott. Éppen ezért, itt új skála kialakítása helyett ésszerűbbnek mutatkozott ezek validálása. Tudomásunk szerint, ugyanakkor ez volt az első alkalom, hogy a testedzésfüggőség mértékét országos reprezentatív mintán vizsgálják, s így módon populációs adatokon lehessen megbecsülni ezen probléma prevalenciáját. A két eszköz együttes alkalmazása ezek validálását is lehetővé

tette, ami korábban szintén nem történt meg nemzetközi viszonylatban sem (Mónok és mtsai, 2012).

#### 4.3.1.1 *Statisztikai elemzés*

Jelen elemzés célkitűzése két különböző a testedzésfüggőség mérésére szolgáló kérdőív, az EAI és az EDS faktoriális és konkurrens validitásának feltérképezése volt. Mindkét mérőeszközön konfirmátoros faktoranalízist (CFA) végeztünk az MPLUS 6.0 program segítségével. Mindkét esetben a normalitás sérülésével szemben robusztus MLR becslést alkalmaztunk (Muthén és Muthén, 1998-2007). A modell illeszkedésének becslésére összetett mutatókat alkalmaztunk. A megfelelő illeszkedés mutatói a 0,95 körüli CFI és TLI értékek, míg 0,90-nél kisebb értékek esetén a modell elutasításra kerül (Brown, 2006). További illeszkedési mutatóként az RMSEA indexet alkalmaztunk, melynek 0,05 alatti értéke kiváló, 0,08 körüli értéke megfelelő, míg 0,10 feletti értéke gyenge illeszkedést jelez. Az RMSEA CFit tesztje az RMSEA 0,05 értéktől való statisztikai eltérését méri (Browne és Cudek, 1993). A nem szignifikáns valószínűségi értékek ( $p > 0,05$ ) a modell megfelelő illeszkedését jelzik, bár néhány szakember nagyobb értékeket tart indokoltnak, mint pl. a  $p > 0,50$  (Brown, 2006). Az utolsó illeszkedési mutató az SRMR volt, amely esetében a 0,08 alatti érték tekinthető a jó illeszkedés jellemzőjének (Kline, 2005). A faktor determinációs mutató (factor determinacy values) a valós és a becsült faktorérték közötti korrelációt becsüli. Ennek értéke 0–1-ig terjedhet, és azt mutatja meg, hogy az egyes faktorokat mennyire méri jól a megfigyelt változók (Muthén és Muthén, 1998-2007). A reliabilitást Cronbach-alfa segítségével néztük meg, mely jónak mondható, ha a mutató meghaladja a 0,70-es értéket (Nunnally és Bernstein, 1994).

A szenzitivitás elemzése során az EDS-t alkalmaztuk, mint kritérium változót. A különböző EAI határértékek (cut-off) esetében kiszámoltuk a szenzitivitás és specificitás értékeket. Az EAI pontosságát úgy állapíthatjuk meg, hogy az EDS segítségével megnézzük a nem függő, de tüneteket mutató vagy kockázati csoportba sorolt, illetve a negatív esetek (tünetmentes csoportba sorolt, vélhetően egészséges személyek) arányát. A szenzitivitás és specificitás értékeket Altman és Bland (1994b), valamint Glaros és Kline (1988) javaslatai nyomán állapítottuk meg. A helytálló „diagnózis” valószínűségének vizsgálata céljából, több EAI cut-off pontszám esetében is megvizsgáltuk a PPV, az NPV és a pontossági értékeket. A határértéket vagy döntési küszöböt (cut-off) a ROC görbe (receiver operating characteristic curve) elemzésével határoztuk meg. A ROC görbe vízszintes (x) tengelyén a hamis pozitív (vagy álpozitív) válaszok ( $1 - \text{specificitás}$ ), a függőleges (y) tengelyén pedig a szenzitivitás értéke jelenik meg minden egyes lehetséges EAI pontszám esetében. A ROC görbe minden összetartozó szenzitivitás és specificitás értéket ábrázol a döntési küszöbök különböző értékei mentén, így ez a módszer áttekinthetően képes ábrázolni a mérési eszközök pontosságát (Zweig és Campbell, 1993).

#### 4.3.1.2 A minta jellemzői

A III. vizsgálat teljes mintájából azok kerültek bevonásra az elemzésbe, akik azt jelezték, hogy legalább heti rendszerességgel végeznek valamilyen testedzést. Ez összesen 474 kitöltőt jelentett (17,5%-a a teljes OLAAP vizsgálati populációnak). A mintát 270 férfi (57%) és 204 nő alkotta, az átlagéletkor 33,2 év (SD=12,1) volt. 176 fő (37,3%) volt a mintából házas, 50 (10,6%) kapcsolatban élt, 41 (8,6%) elvált vagy megözvegyült, és 205 fő (43,4%) egyedülálló (két résztvevő [0,5%] nem válaszolt a kérdésre). Az iskolai végzettség tekintetében 87 résztvevőnek (18,3%) volt középfokúnál alacsonyabb végzettsége, 170 fő (35,8%) fejezte be a középiskolát és 318 fő (45,9%) rendelkezett főiskolai vagy egyetemi végzettséggel. A deprivációs index három kategóriáját alkalmazva az anyagi javak tekintetében, 153 fő (32,3%) élt jó anyagi körülmények között, 205 fő (43,2%) átlagos anyagi helyzetben, míg 116 fő (24,5%) élt rossz anyagi körülmények között. A foglalkoztatottságot illetően 301 fő (63,6%) állt alkalmazásban, 39 fő (8,3%) volt munkanélküli, 81 fő (17,1%) tanuló, 25 fő (5,4%) nyugdíjas, és 7 személy (1,5%) nyilatkozta azt, hogy munkaképtelen, valamint 20 személy (4,2%) nem adott választ erre a kérdésre.

#### 4.3.1.3 A Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) konfirmációs elemzése

Az EAI hat tételével végeztük el az egyfaktoros megoldás konfirmátoros faktoranalízisét a legalább heti testedzők csoportján (N=465). Az illeszkedési mutatók jó illeszkedést jeleztek ( $\chi^2=20,2$  df=9 p=0,016; CFI=0,971; TLI=0,952; RMSEA=0,052 [0,021–0,082]; Cfit=0,418; SRMR=0,029). Nem találtunk a minimum érték fölé eső modifikációs indexet. A faktortöltések mérsékeltek voltak; 0,38 és 0,72 közti tartományba estek (4.3–1. táblázat). Az egyfaktoros megoldás egyértelműen megerősíti a skála teoretikus struktúráját. A reliabilitás megfelelő volt az adott mintán (Cronbach-alfa=0,72).

#### 4.3.1.4 A Testedzés Függőség Skála (EDS) konfirmációs elemzése

Az EDS eredeti 7-faktoros struktúrájának vizsgálatát szintén CFA segítségével végeztük el (N=458) (Hausenblas és Symons Downs, 2002b). Az illeszkedési mutatók a modell megfelelő illeszkedését mutatták ( $\chi^2=351,9$  df=168 p<0,0001; CFI=0,938; TLI=0,922; RMSEA=0,049 [0,042–0,056]; Cfit=0,590; SRMR=0,052). A faktortöltések 0,45 és 0,88 közötti értékeket mutattak. A faktortöltéseket a 4.3–1. táblázat mutatja be. A modifikációs indexek vizsgálata azt mutatta, hogy a 9. tétel (*Sérülten is edzem*) kiugróan magas keresztöltésekkel bír négy másik faktor vonatkozásában is. A tétel eltávolítása növelte a modell illeszkedését ( $\chi^2=273,273$  df=149 p<0,0001; CFI=0,957; TLI=0,945; RMSEA=0,043 [0,035–0,051]; Cfit=0,936; SRMR=0,036). Habár a mérési modell ez utóbbi változata jobb illeszkedést eredményezett az adatokhoz, mégis az eredeti verziót tartottuk meg a más tanulmányokkal való jobb összehasonlíthatóság érdekében. A faktortöltéseket és reliabilitás értékeket a 4.3–1. táblázat tartalmazza. A mintánkon az alskálák reliabilitása (Cronbach-alfa) 0,62 és 0,88 közötti.

4.3–1. táblázat *Faktortöltések és reliabilitás értékek a Testedzés Függőség Skálán (EDS-21) és a Testedzés Addikció Kérdőíven (EAI) (N=474)*

A tételek az új sorszámozással	Megvonás	A viselkedés fennmaradása	Tolerancia	Sikertelen kontrollálás	Más aktivitások csökkenése	Idő	Késztetés	EAI
<i>Testedzés Függőség Skála (EDS)*</i>								
15. Azért edzek, hogy megszabaduljak a feszültségektől	,80							
8. Azért edzek, hogy megszabaduljak a szorongó érzéseimtől	,78							
1. Azért edzek, hogy megszabaduljak a kellemetlen érzésektől	,71							
2. A visszatérő testi problémáim ellenére is folytatom az edzéseket		,73						
9. Sérülten is edzek		,45						
16. A folyamatosan fennálló testi problémák ellenére is folytatom az edzéseimet		,84						
3. Folyamatosan növelem az edzéseim intenzitását annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem			,76					
10. Egyre többet edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem			,88					
17. Folyamatosan, egyre hosszabb ideig edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem			,88					
4. Képtelen vagyok lerövidíteni az edzésidőmet				,62				
11. Képtelen vagyok arra, hogy ritkábban járjak edzeni				,73				
18. Képtelen vagyok arra, hogy kisebb erőbedobással edzzek				,77				
5. Szívesebben edzek, minthogy a családommal vagy a barátaimmal töltssem az időmet					,57			
12. Olyankor is az edzésen jár az eszem, amikor a munkámra/tanulásra kellene koncentrálnom					,79			
19. Azért is edzek, mert így kevesebb időt kell a családommal/barátaimmal töltenem					,61			
6. Sok időt szánok az edzéseimre						,72		
13. A szabadidőm nagyobb részét edzéssel töltöm						,81		
20. Az időm igen jelentős része edzéssel telik						,77		
7. Általában többet edzek, mint amennyit eredetileg eltervezek							,82	
14. Általában hosszabban edzek, mint amennyit tervezek							,84	
21. Általában többet edzem, mint amennyit előre eltervezek							,86	
<i>Testedzés Addikció Kérdőív (EAI)**</i>								
1. A testedzés a legfontosabb dolog az életemben								,48
2. Konfliktusok adódnak köztem és a családom és/vagy partnerem között amiatt, hogy mennyit edzek								,38
3. A testedzést arra használom, hogy a hangulatomon változtassak (pl. hogy kellemesebben érezzem magam, vagy hogy ne kelljen a problémáimmal foglalkoznom)								,55
4. Az elmúlt időszak során növeltem a napi edzésmennyiségemet								,72
5. Ha ki kell hagynom egy edzést, rosszkedvű és ideges leszek								,66
6. Ha lecsökkentem a szokásos edzésmennyiségemet, akkor amikor újra elkezdem az edzést, addig folytatom, amíg az eredeti mennyiséget el nem érem								,48
Faktor determinációs mutató	,91	,90	,95	,92	,88	,93	,94	,86
Átlag	6,36	5,80	7,29	6,12	4,05	6,22	5,35	14,17
SD	3,44	3,31	4,07	3,31	1,97	3,37	3,13	4,64
Cronbach-alfa	,80	,68	,87	,62	,67	,80	,88	,72

Megjegyzés: \*N=465; \*\*N=458. Valamennyi töltés szignifikáns ( $p < ,001$ ).

#### 4.3.1.5 A *Testedzés Addikció Kérdőív (EAI)* konkurrens validitása

Az EAI konkurrens validitásának vizsgálatára konfirmátoros faktoranalízist végeztünk az EDS-t véve alapul a modell leírásában. A megoldás megfelelő illeszkedést mutatott az adatokkal ( $\chi^2=651,724$   $df=291$ ,  $p<0,0001$ ; CFI=0,908; TLI=0,897; RMSEA=0,052 [0,046–0,057]; Cfit=0,306; SRMR=0,055). A két mérőeszköz közti korreláció magas ( $r=0,79$ ), ami a két skála konvergens validitását támasztja alá. Az EAI és az EDS alskálái közt található korrelációkat a 4.3–2. táblázat mutatja be.

4.3–2. táblázat A *Testedzés Függőség Skála – 21* alskálája és a *Testedzés Addikció Kérdőív (EAI)* közötti korrelációs értékek

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) EDS – Megvonás							
(2) EDS – A viselkedés fennmaradása	,34						
(3) EDS –Tolerancia	,48	,47					
(4) EDS – Sikertelen kontrollálás	,53	,52	,74				
(5) EDS – Más aktivitások csökkenése	,43	,42	,43	,66			
(6) EDS – Idő	,54	,53	,75	,82	,67		
(7) EDS – Késztetés	,42	,42	,59	,65	,53	,66	
(8) EAI	,46	,46	,64	,71	,58	,72	,57

Megjegyzés: A korrelációkat a mérési hibák kontrollja mellett becsültük (N=466). Minden korreláció szignifikáns ( $p<0,001$ ).

#### 4.3.1.6 A *testedzésfüggőség prevalenciája*

Az EDS és az EAI eredeti klasszifikációs rendszerét alapul véve mértük fel a prevalenciaadatokat és a tünetmentes, nem függő, de tüneteket mutató és testedzésfüggő csoportokat illető konfidenciaintervallumokat (95%) mindkét mérőeszköz esetében, a rendszeres testedzést végző és a normál populációban egyaránt. Az EDS alapján a testedzők 38,1%-a [33,7–42,6] (a teljes minta 6,2%-a [5,4–7,2]) jellemezhető *nem függő, de tüneteket mutató* testedzőként. Az EAI szerint ugyanebbe a kategóriába a testedzők 61,0%-a [56,5–65,4] (a teljes minta 10,1%-a [9,0–11,3]) sorolható. A függőség kockázatának kitett testedzők aránya 1,9% [1,0–3,7] a rendszeres testedzést végzők körében és 0,3% [0,1–0,6] a normál populációban az EDS által mért eredmények szerint. Az EAI alapján végzett becslések a függőség kockázatának kitett személyek enyhén magasabb arányát mutatta; 3,2% [2,0–5,3] a testedzők között és 0,5% [0,3–0,9] a teljes mintában. Az EDS és az EAI tehát különböző becsléseket adott a nem függő, de tüneteket mutató és a függőség

kockázatának kitett testedzők arányáról, ami az empirikusan megállapított EAI határérték hiányának tudható be.

#### 4.3.1.7 A *Testedzés Addikció Kérdőív (EAI)* határértékének kiszámítása

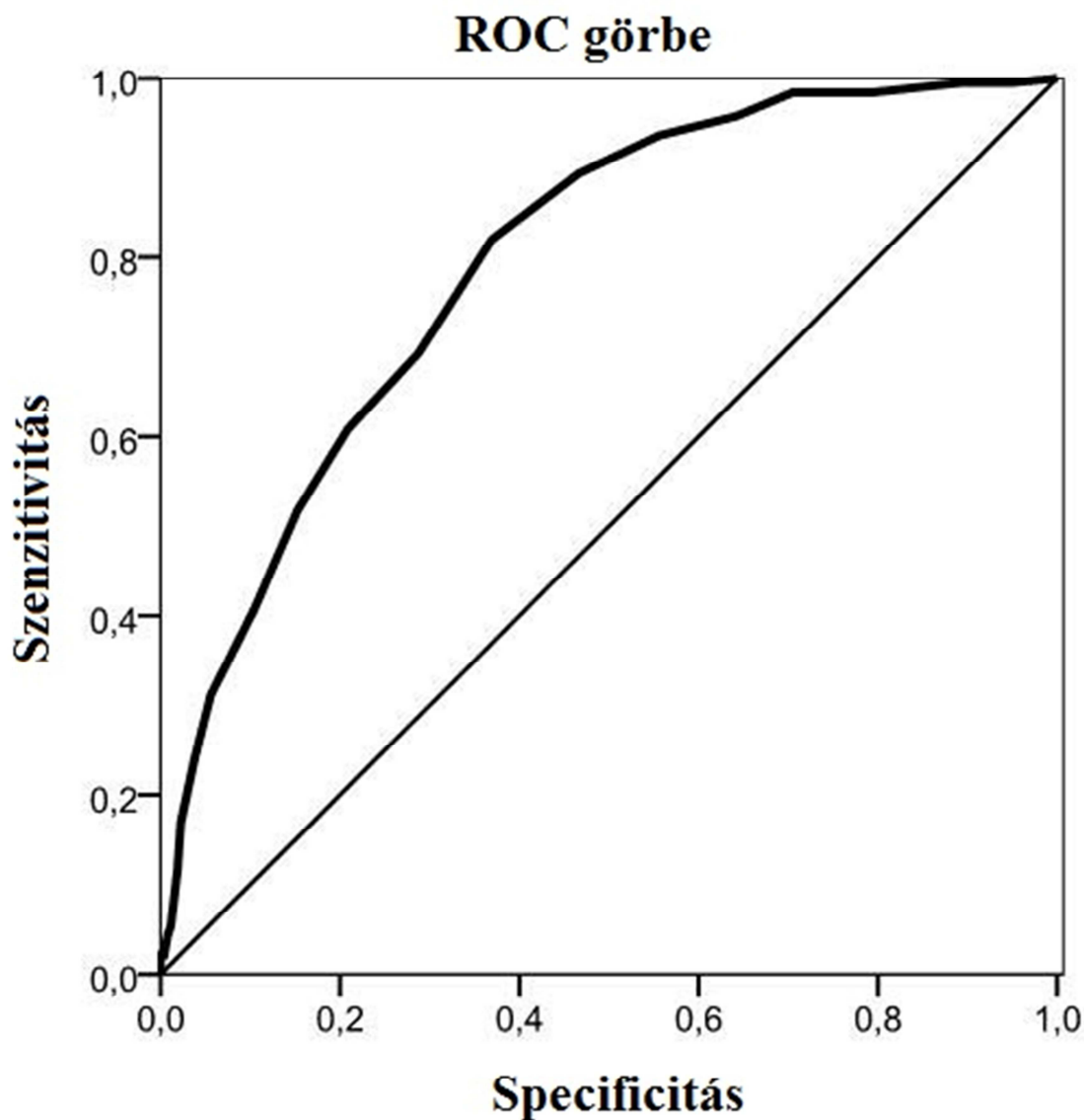
Az EDS eredményeket tekintve kritérium változónak, meghatározásra kerültek az EAI szenzitivitás, specificitás, PPV, NPV és pontosság értékei számos lehetséges határérték esetében (lásd. 4.3–3. táblázat), hogy meghatározhassuk a leoptimalisabb határértéket. A 13-as határérték pontszám, ami megegyezik Terry és munkatársai (2004a) javaslatával, elfogadható szenzitivitást (89% e mintában) és inkább alacsony specificitást (53%) eredményez. A pontosság ez esetben csupán 63%. A következő, 14-es határértéknél javul a pontosság (69%) és a specificitás (59%), és a szenzitivitás érték is még elfogadható (82%). A legnagyobb pontosságot a 16-os cut-off esetében mértük, de a szenzitivitás ez esetben 61%-ra csökkent. Az alacsonyabb cut-off értékeket is megvizsgáltuk. A 12-es cut-off pontszám jobb pontosságot eredményez, mint az eredeti 13 pont, a szenzitivitás pedig ez esetben kiváló (94%), a specificitás mértéke azonban elfogadhatatlan (44%).

4.3–3. táblázat Az EAI határértékek kiszámítása az EDS skála alapján (N=457)

Határérték	Valós pozitív	Valós negatív	Álpozitív	Álnegatív	Szenzitivitás (%)	Specificitás (%)	PPV (%)	NPV (%)	Pontosság (%)
<b>A tünetmentes és a problémás/kockázatos testedző elkülönítése</b>									
<b>11</b>	181	96	172	8	96	36	51	92	61
<b>12</b>	177	119	149	12	94	44	54	91	65
<b>13</b>	169	143	125	20	89	53	57	87	63
<b>14</b>	155	143	99	34	82	59	61	81	69
<b>15</b>	131	191	77	58	69	71	63	77	70
<b>16</b>	115	212	56	74	61	79	67	74	72
<b>17</b>	98	227	41	91	52	85	71	71	71
<b>18</b>	77	240	28	112	41	90	73	68	69
<b>A problémás (nem függő) és a kockázatos testedző csoportok elkülönítése</b>									
<b>17</b>	8	318	131	0	100	71	6	100	71
<b>18</b>	8	352	97	0	100	78	8	100	79
<b>19</b>	7	382	67	1	88	85	9	100	85
<b>20</b>	6	400	49	2	75	89	11	100	89
<b>21</b>	6	417	32	2	75	93	16	100	93
<b>22</b>	6	428	21	2	75	95	22	100	95
<b>23</b>	6	435	14	2	75	97	30	100	96
<b>24</b>	6	442	7	2	75	98	46	100	98
<b>25</b>	5	444	5	3	63	99	50	99	98

Megjegyzés: szenzitivitás =  $TP/(TP+FN)$ ; specificitás =  $TN/(TN+FP)$ ; PPV =  $(TP/(TP+FP))$ ; NPV =  $TN/(TN+FN)$ ; pontosság =  $(TP+TN)/TOTAL$ .

A legoptimálisabb cut-off pontszám meghatározása érdekében az összes lehetséges EAI cut-off esetében ROC görbe elemzést végeztünk, amely képes ábrázolni a teszt mérési teljesítményének teljes skáláját. A 4.3–1. ábrán látható az empirikus ROC görbe, ami alátámasztja, hogy az EAI képes megfelelő módon elkülöníteni az EDS alapján tünetmentes (negatív eset) személyeket, a tüneteket mutató, de nem függő, és a kockázati csoportba tartozó személyeket. Az EAI a legjobb diszkriminációs teljesítményt a 14-es tesztérték esetében nyújtotta. Az EAI összteljesítményét az AUC (area under the curve: görbe alatti terület) módszerrel vizsgáltuk. Az AUC 0,794 [0,754–0,835] volt, 95%-os konfidenciaintervallummal. Mind a konfidenciaintervallum, mind a nemparaméteres statisztika megerősítette, hogy a terület szignifikánsan eltér a 0,50-től ( $p < 0,0001$ ).



4.3–1. ábra Az EAI nemparaméteres ROC görbéje; a tünetmentes, tüneteket mutató, de nem függő és kockázati csoportba sorolt személyek elkülönítése



A jó diszkriminációs teljesítményt nyújtó EAI határérték azonosítása érdekében egy újabb ROC analízis elvégzésére került sor. Az EAI a legjobb teljesítményt a 24-es testtértnél mutatta. Az AUC értéke 0,957 [0,909–1,00], 95% konfidenciaintervallum mellett. A nemparaméteres statisztikai teszt megerősítette, hogy a görbe alatti terület szignifikánsan eltér a 0,50-től (50%-tól) ( $p < 0,0001$ ).

#### 4.3.1.8 A testedzésfüggőség prevalenciája

A tünetmentes, tüneteket mutató, de nem függő, és a függőség kockázati kategóriájába osztályozott személyek arányának kalkulációját az új határértékek segítségével végeztük (0–13 = tünetmentes; 14–23 = tüneteket mutató, de nem függő; 24–30 = a testedzésfüggőség kockázatának kitett). Az eredmények szerint a testedzők 44,8%-a [40,4–49,4] (teljes populáció 7,4%-a [6,5–8,5%]) jellemezhető tünetmentesként, 52% [47,5–56,6] (teljes minta 8,6%-a [7,6–9,7%]) tünetekkel rendelkező, de nem függő testedzőként, és 3,2% [2,0–5,3%] (teljes minta 0,5%-a [0,3–0,9%]) került az EAI új küszöbértékei alapján a függőség kockázatának kitett kategóriába (4.3–4. táblázat).

4.3–4. táblázat A tünetmentes, tüneteket mutató, de nem függő, és függőség kockázatának kitett populációk prevalenciája

	Az általános populációban			A testedzők körében <sup>a</sup>		
	EDS	EAI eredeti határ- értékkel	EAI módosított határ- értékkel	EDS	EAI eredeti határ- értékkel	EAI módosított határ- értékkel
<b>Tünetmentes</b>	10,0% [8,9–11,2]	5,9% [5,1–6,9]	7,4% [6,5–8,5]	60% [55,3–64,4]	35,8% [31,5–40,4]	44,8% [40,4–49,4]
<b>Problémás (nem függő)</b>	6,2% [5,4–7,2]	10,1% [9,0–11,3]	8,6% [7,6–9,7%]	38,1% [33,7–42,6]	61,0% [56,5–65,4]	52% [47,5–56,6]
<b>Függőség kockázata</b>	0,3% [0,1–0,6]	0,5% [0,3–0,9]		1,9% [1,0–3,7]	3,2% [2,0–5,3]	

Megjegyzés: <sup>a</sup> Testedzőként definiáltuk azokat a személyeket, akik valamilyen testedzést végeznek legalább heti rendszerességgel. EDS: N=441; EAI: N=447. A hiányzó adatokkal rendelkező eseteket kizártuk.

Megvizsgáltuk a testedzésfüggőség esetleges összefüggéseit a szocioökonómiai változókkal is. A három kategória (tünetmentes, tüneteket mutató – nem függő, és függőség kockázatának kitett) alkalmazásával nem volt kimutatható szignifikáns összefüggés a nem ( $\chi^2=3,39$ ,  $p>,05$ ), a kor ( $F(2, 441)=1,20$ ,  $p>,05$ ), a családi állapot (Fisher's Exact Test=11,9,  $p>,05$ ), iskolázottság (Fisher's Exact Test=10,70,  $p>,05$ ), anyagi helyzet (Welch test  $F(2,$



34,86)=1,44,  $p>,05$ ), vagy foglalkoztatottság (Fisher's Exact Test=11,38,  $p>,05$ ) tekintetében.

#### 4.3.1.9 *Diszkusszió: a testedzésfüggőség mérésével kapcsolatos eredmények*

Ebben az elemzésben két, a testedzésfüggőség mérésére alkalmas eszköz validálását végeztük el, valamint meghatározásra kerültek az EAI küszöbértékei is az EDS skála segítségével, mely mérőeszköz a DSM-IV aranystandardnak tekinthető pszichoaktívserfüggőség kritériumai alapján került kialakításra. Ez a vizsgálat volt továbbá az első országos reprezentatív prevalencia felmérés, amely a testedzésfüggőséget vizsgálta. Mindkét mérőeszköz eredeti faktorstruktúrája megerősítésre került, valamint a várakozásoknak megfelelően alátámasztást nyert az is, hogy a két eszköz egymással magas korrelációt mutat ( $r=0,79$ ). Mindemellett, a ROC analízis alapján úgy tűnik, hogy az EAI eredeti cut-off értékének egy ponttal történő megemelése indokolt a tüneteket mutató nem függő és tünetmentes populációk elkülönítése esetén.

Az itt bemutatott eredmények (melyeket országos reprezentatív mintán nyertünk) alátámasztják azt a már korábbi tanulmányok által felvetett feltételezést, hogy a testedzésfüggőség nem tartozik a gyakori zavarok körébe az átlagpopulációban (Sussman, Lisha és Griffiths, 2011). A két kérdőívvel nyert eredmények alapján, a populáció 0,3–0,5%-a erősen érintett, ami a heti rendszeres testedzést végző személyek 1,9%–3,2%-a. Tekintve, hogy a korábbi felméréseket nagyon különböző mintákon végezték, és a prevalenciaadatok erősen szórtak (Berczik és mtsai, 2012), ezek összehasonlítása jelen eredményeinkkel komoly akadályokba ütközik. Mindazonáltal azok a kutatások, amelyek a jelenlegihez leginkább hasonló mintán végeztek felmérést, szintén hasonló eredményekre jutottak (M.D. Griffiths, A. Szabo és A. Terry, 2005; Hausenblas és Symons Downs, 2002c).

## 4.4 Kóros játékszenvedély

A testedzésfüggőség jelenségéhez hasonlóan a kóros játékszenvedély esetében is rendelkezésre állnak a nemzetközi gyakorlatban kipróbált és széleskörűen alkalmazott kérdőíves módszerek, hazánkban azonban, a növekvő probléma ellenére sem került sor eddig ezek adaptálására (Demetrovics, 2008a). Sőt a testedzésfüggőséggel szemben, ahol bár a kérdőíves kínálat viszonylag tág, de az eszközök pszichometriai vizsgálata azonban többnyire nem történt meg, a szerencsejáték esetében kedvezőbb a helyzet. Itt több olyan eszköz is rendelkezésre áll, amelyek a nemzetközi gyakorlatban megfelelő validitást és reliabilitást mutattak, hazai bevezetésük azonban mindeddig nem történt meg. A következőkben két ilyen eszköz hazai adaptálását, illetve a kapcsolódó prevalencia eredményeket mutatom be röviden.

#### 4.4.1 A *South Oaks Szerencsejáték Kérdőív* adaptálása és a szerencsejáték probléma prevalenciája Magyarországon (III. vizsgálat)

Az OLAAP vizsgálat keretében a *South Oaks Szerencsejáték Kérdőívet* (SOGS; Lesieur és Blume, 1987) azokkal a személyekkel vettük fel, akiknek volt az életében olyan időszak, amikor legalább heti rendszerességgel játszottak valamilyen szerencsejátékot. Ily módon a mérőeszközzel kapcsolatban az érvényes kitöltések száma 1143 volt. A 20-tételes kérdőív belső konzisztenciája megfelelőnek bizonyult (Cronbach-alfa értéke: 0,82).

##### 4.4.1.1 Szerencsejáték-tevékenység elterjedtsége

Az összes megkérdezett 65,3%-a játszott valaha életében valamilyen szerencsejátékot. A valaha játszóknak mintegy kétharmada (64,5%) számolt be arról, hogy előfordult az életükben olyan időszak, amikor valamilyen szerencsejáték-tevékenységet heti rendszerességgel űzték. Ez az összesen 1143 fő (a teljes minta 42,2%-a) az, aki a SOGS kérdőívet is kitöltötte (4.4–1. táblázat).

Az egyes szerencsejáték-tevékenységeket tekintve a lottózás és az egyéb olyan játékok ahol számokra lehet fogadni a legnépszerűbbek; 59,5% próbálkozott már ezzel a fogadási formával, s közülük 40% az elmúlt hónapban is heti rendszerességgel játszott ilyen játékot. A második legnépszerűbb játéktípus a sorsjegy; ezt azonban már csak fele annyian próbálták életükben (31,4%), mint a lottózást és egyéb számfogadásra épülő játékokat, s közülük is csak 18,9%, aki az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességgel vett sorsjegyet. Viszonylag magasabb arány még a sportfogadások esetében mutatkozott. 21,4% fogadott valaha valamilyen sporteseményre, és közülük csak minden negyedik-ötödik személy (22,3%) válaszolta, hogy az elmúlt hónapban heti rendszerességű fogadó lett volna.

4.4–1. táblázat *Részvételi arány az egyes szerencsejáték-típusokban (N=2710)*

	Soha	VALAHA			
		Soha nem játszott hetente	Valaha hetente, de nem az elmúlt évben	Hetente az elmúlt évben is	Hetente az elmúlt hónapban
Kártyázás pénzben	88,1	11,9			
		54,4	28,4	8,2	9,1
Fogadás lóversenyre, kutyafuttatásra vagy egyéb állatokra történő fogadás(akár a verseny helyszínén, akár fogadóirodán keresztül vagy máshogy)	98,5	1,5			
		70,6	24,7	4,7	0
Sportfogadás (Totó, Góltotó, Tippmix)	78,6	21,4			
		43,4	24,7	9,5	22,3
Kockajáték pénzben	99,2	0,8			
		69,4	13,0	17,6	0
Kaszinózás	96,4	3,6			
		56,4	24,6	8,5	10,5
Lottózás vagy egyéb olyan játék, ahol számokra lehet fogadni (tippelni) (pl. Kenő, Luxor, Puttó)	40,5	59,5			
		35,8	13,1	11,1	40,0
Sorsjegyek (pl. Legyen Malaca, Astro, Méhecske, Bankó, Fáraók kincse stb.)	68,6	31,4			
		51,3	14,6	15,1	18,9
Tőzsdézés (rövid távú tőzsdei tranzakciók), valutázás	98,6	1,4			
		45,8	24,3	16,4	13,6
Játék nyerőgépen (póker gép, gyümölcsös, rulett-automata vagy egyéb játékgép)	91,0	9,0			
		54,2	22,9	8,4	14,5
Internet-kaszinózás	98,7	1,3			
		61,3	6,8	11,7	20,1
Biliárdozás, bowlingozás, vagy tekézés, golfozás vagy egyéb ügyességi játék pénzben	92,5	7,5			
		44,4	18,9	17,4	19,3
Egyéb szerencsejáték	98,6	1,4			
		51,7	18,6	14,7	15,0

#### 4.4.1.2 A problémás és patológiás szerencsejáték prevalencia értékei

A vizsgált populáció 57,8%-a [95% CI 55,9–59,7] soha semmilyen szerencsejáték-tevékenységet nem végzett heti rendszerességgel, míg 31,4% [95% CI 29,7–33,1] azok aránya, akik beszámoltak heti rendszerességgű szerencsejátékról, azonban semmilyen problémát nem jeleztek a szerencsejátékkal kapcsolatosan (0 pont a SOGS-on). Kevés problémát 7,5% [95% CI 6,5–8,5] jelzett (1–2 pont a SOGS-on), míg a problémás játékosok aránya 1,9% [95% CI 1,4–2,4], a patológiás játékosoké pedig 1,4%-nak [95% CI 1,0–1,8] bizonyult.

#### 4.4.1.3 A problémás és patológiás szerencsejátékosok szociodemográfiai háttere

Eredményeink szerint veszélyeztetettebbnek bizonyultak a szerencsejáték tekintetében a férfiak, a fiatalabbak, az alacsonyabb várható iskolai végzettséggel rendelkezők, az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők, illetve azok, akik nem házasok. Mindazonáltal, úgy tűnik, hogy több háttérváltozó esetében lényegesen érzékenyebb ezekre a patológiás, mint a problémás szerencsejáték (4.4–2. táblázat). Mind a problémás (PRG), mind a patológiás (PAG) szerencsejáték magasabb prevalenciát mutat a férfiak (PRG 3,1%; PAG 2,2%), mint a nők esetében (0,7% és 0,5% rendre). Míg a legalább érettséggel rendelkezők, illetve várhatóan legalább érettségit szerzők körében a problémás szerencsejáték előfordulása kevesebb mint 2%, a patológiás szerencsejáték gyakorisága pedig 1% alatt marad, addig az alacsonyabb iskolai végzettséget szerzők esetében ezek az értékek szignifikánsan magasabbak (4.4–2. táblázat). Bár a PRG esetében nem mutatkozik különbség, a PAG szignifikánsan alacsonyabb a házasok (0,7%), mint a nem házasok (2,1%) körében. Az anyagiakra vonatkozó mutatókat tekintve, egyértelmű összefüggésként mutatkozott meg, hogy az olyan háztartásokban élők, ahol alacsonyabb az egy főre eső nettó jövedelem lényegesen magasabb a patológiás szerencsejáték előfordulásának aránya. Hasonló összefüggést mutat a deprivációs index is. Míg a hetente soha nem játszó, a semennyi, illetve a kevés problémát mutatók és a problémás játékosok deprivációs indexének az átlaga egyaránt 4 alatt marad (rendre 3,85; 3,54; 3,56; és 3,93), addig a patológiás játékosok esetében ez az index 5,44 ( $F=3,370$ ;  $p=0,009$ ). A lakóhely mérete ugyanakkor nem mutat szignifikáns kapcsolatot a szerencsejátékkal.

4.4–2. táblázat Szociodemográfiai tényezők és a problémás/patológiás játékszenvedély

		N	Sosem játszott hetente	Problémamentes (SOGS=0)	Kevés probléma (SOGS=1–2)	Problémás szerencsejáték (SOGS=3–4)	Patológiás szerencsejáték (SOGS>5)	$\chi^2$
<b>Nem</b>	férfi	1334	54,1	31,6	8,9	3,1	2,2	51,4**
	nő	1376	61,5	31,3	6,0	0,7	0,5	
<b>Kor</b>	18–24 év	385	67,8	21,6	5,7	2,9	2,1	48,9**
	25–34 év	640	60,0	29,8	7,0	1,1	2,0	
	35–44 év	598	54,7	35,1	7,5	1,3	1,3	
	45–54 év	553	56,1	33,6	6,7	2,4	1,3	
	55–64 év	525	53,5	34,1	10,1	2,1	0,2	
<b>Várható legmagasabb iskolai végzettség</b>	nincs általános iskola	45	80,0	11,1	2,2	2,2	4,4	51,9**
	8 általános iskola	392	63,8	24,7	6,6	1,8	3,1	
	szakmunkás	752	54,8	31,5	9,6	2,3	1,9	
	érettségi	905	55,6	34,1	7,7	1,7	0,9	
	felsőfokú végzettség	608	59,5	32,9	5,4	1,8	0,3	
<b>Házassági státusz</b>	nem házas	1212	61,5	28,0	6,6	1,8	2,1	25,7**
	házas	1472	54,8	34,5	8,2	1,8	0,7	
<b>Településméret</b>	≤10.000 lakos	1105	59,5	30,5	7,1	1,7	1,2	9,9
	>10.000 lakos	1154	55,1	33,4	7,8	1,9	1,8	
	Budapest	451	60,8	28,8	7,5	2,2	0,7	
<b>Egy főre jutó havi nettó jövedelem</b>	<40.000 Ft	573	61,6	26,0	7,3	2,6	2,4	20,9**
	40–80.000Ft	849	52,9	35,1	9,0	1,9	1,2	
	80.000 Ft<	281	56,6	33,1	7,5	2,1	0,7	

\*\* p&lt;0,01

Az egyváltozós bináris logisztikus regressziós elemzés (4.4–3. táblázat) szerint a férfiaknak mintegy ötször nagyobb az esélye arra, hogy problémás vagy patológiás szerencsejátékosok legyenek. A növekvő egy főre jutó jövedelem csökkenti, a növekvő deprivációs index pedig növeli a problémás vagy patológiás szerencsejáték esélyét. A házasságban élőkhez képest az egyedül élők esetében szignifikánsan megnő a problémás vagy patológiás szerencsejáték esélye. A többváltozós elemzésben ugyanakkor csupán a nem maradt szignifikáns magyarázó változó. Bár az alacsonyabb iskolai végzettség komoly esélynövekedést sejtet, a becslés nagyfokú bizonytalansága révén, amit a széles megbízhatósági intervallum jelez, az összefüggés nem mutatkozott statisztikailag szignifikánsnak.

4.4–3. táblázat *A problémás vagy patológiás játékszenvedély szociodemográfiai magyarázó változói*

Magyarázó változó	Egyváltozós kapcsolatok Esélyhányados [95% CI]	Többváltozós kapcsolatok <sup>#</sup> Esélyhányados [95% CI]
Nem		
Férfi	5,04 <sup>***</sup> [2,92–8,70]	4,71 <sup>***</sup> [2,42–9,19]
Nő	1,00	1,00
Életkor	0,99 [0,97–1,00]	1,00 [0,97–1,02]
Iskolai végzettség		
Kevesebb, mint 8 általános	3,02 <sup>+</sup> [0,84–10,86]	3,15 [0,54–18,28]
8 általános	1,95 <sup>+</sup> [0,97–3,92]	2,10 [0,75–5,83]
Szaktanulmányok	1,81 <sup>+</sup> [0,97–3,38]	1,68 [0,69–4,12]
Érettségi	1,00 [0,51–1,94]	1,06 [0,43–2,61]
Felsőfokú diploma	1,00	1,00
Egy főre jutó jövedelem	0,99 <sup>*</sup> [0,98–1,00]	0,99 [0,98–1,00]
Családi állapot		
Élettárral él	1,63 [0,86–3,11]	1,73 [0,77–3,85]
Elvált vagy özvegy	1,05 [0,48–2,39]	1,06 [0,39–2,88]
Nőtlen/hajadon	1,80 <sup>*</sup> [1,10–2,94]	1,62 [0,77–3,41]
Házas	1,00	1,00
Település mérete		
≤10.000 lakos	0,94 [0,50–1,74]	0,58 [0,23–1,46]
>10.000 lakos	1,29 [0,71–2,34]	1,18 [0,50–2,76]
Budapest	1,00	1,00
Deprivációs index	1,06 <sup>*</sup> [1,01–1,12]	1,01 [0,94–1,09]

Megjegyzés: <sup>+</sup>p<0,10, <sup>\*</sup>p<0,05 és <sup>\*\*\*</sup>p<0,001; <sup>#</sup>Nagelkerke R<sup>2</sup>=10%.

#### 4.4.1.4 Szerhasználat és szerencsejáték

Valamennyi vizsgált szerhasználati dimenzió szignifikáns kapcsolatot mutatott a szerencsejátékkal (4.4–4. táblázat). Míg a nem dohányzók körében a PRG előfordulása 1,1%, addig az alkalmi dohányosok esetében ez az érték 2,4%, a rendszeres dohányosok között pedig 3,5%. A patológiás szerencsejáték esetében ezek az értékek rendre 0,5%, 1,8%

és 3,2%. Hasonlóképp, azok, akik az elmúlt évben legfeljebb hetente ittak 1,4%-os problémás és 0,9%-os patológiás szerencsejáték értéket mutattak, míg ugyanezek az értékek a heti többszöri ivók között 4,8% és 4,5%. Hasonló arányokkal találkozunk a nagyívás vonatkozásában is (4.4–4. táblázat). A kannabiszt valaha kipróbáltak között mind a PRG, mind pedig a PAG aránya 3,7%, míg a kannabiszt nem használók között ezek az arányok csak 1,8%, illetve 1,1%.

4.4–4. táblázat Szerhasználat és problémás/patológias szerencsejáték

		N	Soha nem játszott hetente	Problémamentes (SOGS=0)	Kevés probléma (SOGS=1–2)	Problémás szerencsejáték (SOGS=3–4)	Patológias szerencsejáték (SOGS>5)	$\chi^2$
<b>Dohányzás</b>	nem dohányzik	1726	60,9	30,7	6,8	1,1	0,5	79,1**
	alkalmi dohányos	167	68,3	24,6	3,0	2,4	1,8	
	rendszeres dohányos	809	49,1	34,2	10,0	3,5	3,2	
<b>Alkoholfogyasztás a múlt évben</b>	hetente vagy ritkábban	2193	58,8	31,8	7,1	1,4	0,9	60,1**
	hetente többször	419	52,0	28,9	9,8	4,8	4,5	
<b>Hatnál több ital az elmúlt évben</b>	ritkábban, mint havonta	2439	57,6	32,2	7,3	1,7	1,1	41,6**
	havonta vagy sűrűbben	177	57,1	21,5	10,7	5,1	6,7	
<b>Kannabisz-használat életprevalenciája</b>	sosem használt	2359	57,7	32,1	7,3	1,8	1,1	16,2**
	valaha használt	219	53,4	28,3	10,0	3,7	3,7	

\*\* p&lt;0,01



#### 4.4.2 A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) adaptálása (VI. vizsgálat)

A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI; Ferris és Wynne, 2001) adaptációját a VI. vizsgálat keretében végeztük el.

##### 4.4.2.1 Konfirmátoros faktoranalízis és belső konzisztencia

Az elemzést az Mplus (6.12 verzió) statisztikai program segítségével végeztük. MLR becslési eljárást használtunk a megerősítő faktoranalízis során. A konfirmátoros faktoranalízis megerősítette a mérőeszköz egyfaktoros szerkezetét ( $\chi^2=54,518$ ;  $df=27$ ;  $p=0,0013$ ; CFI=0,972; TLI=0,962; RMSEA=0,036 [0,022–0,050]; Cfit>0,950; SRMR=0,033).

A skálaátlag 1,61 (szórás=3,52). A skála Cronbach-alfa értéke kifejezetten magas: 0,92. Az item-totál korreláció minden tétel esetében megfelelő. Tétel törlésével nem érhető el magasabb Cronbach-alfa érték, így a mérőeszköz szerkezetének módosítása nem javasolt. A standardizált faktortöltések 0,66 és 0,86 közöttiek voltak.

##### 4.4.2.2 Konkurrens validitás

A mérőeszköz konkurrens validitásának vizsgálata érdekében megvizsgáltuk a PGSI és SOGS kérdőívek közötti korrelációt. A korrelációs vizsgálat lefuttatásához az SPSS 18 programot használtuk. A két mérőeszköz az elvárásnak megfelelő, magas, szignifikáns korrelációt mutat (Pearson's  $r=0,802$ ;  $p<0,001$ ). Jól megmutatkozik ugyanakkor, a korábbi kutatások által is jelzett eltérés is, a két mérőeszköz diagnosztikus besorolásában. A PGSI-n elért pontszámok alapján a minta közel 61,6%-a a problémamentes; ezzel szemben a SOGS-t kitöltő 586 személy mindössze 46,1%-a esett a problémamentes kategóriába. Az alacsony problémájú csoportba a PGSI alapján a minta 20,2%-a tartozik; a SOGS esetében ez az érték 27,8%. Közepes súlyosságú játékosok a PGSI alapján 11,8%-ban, a SOGS alapján 12,8%-ban voltak jelen a kitöltők közt. A patológiás szerencsejátékosok aránya a PGSI alapján 5,3%, míg a SOGS több mint kétszeres prevalenciát, 13,3%-ot jelez. A 4.4–5. táblázat a mindkét mérőeszközt kitöltők esetében mutatja a kategóriák közötti átfedéseket. Mindebből kitűnik, hogy a SOGS kevésbé szigorú kritériumokkal mér, azaz könnyebben esik valaki a problémás vagy patológiás kategóriába, míg a PGSI szenzitívebben működik a kevésbé problémás régióban.

4.4–5. táblázat A SOGS és a PGSI súlyossági kategóriáinak egybeesése (n=586)

	SOGS problémamentes	SOGS kevés probléma	SOGS problémás	SOGS patológiás	Összesen
PGSI problémamentes	244 41,6%	96 16,4%	15 2,6%	5 0,9%	<b>360</b> <b>61,4%</b>
PGSI alacsony probléma	24 4,1%	55 9,4%	31 5,3%	11 1,9%	<b>121</b> <b>20,6%</b>
PGSI közepesen problémás	1 0,2%	12 2%	25 4,3%	30 5,1%	<b>68</b> <b>11,6%</b>
PGSI problémás	1 0,2%	0 0%	4 0,7%	22 5,5%	<b>37</b> <b>6,3%</b>
PGSI problémás	<b>270</b> <b>46,1%</b>	<b>163</b> <b>27,8%</b>	<b>75</b> <b>12,8%</b>	<b>78</b> <b>13,3%</b>	<b>586</b> <b>100%</b>

#### 4.4.2.3 A szociodemográfiai változók és a PGSI kapcsolata

A férfiak esetében gyakoribb mind a problémás, mind a patológiás szerencsejáték, mint a nők körében. A patológiás játékszenvedély valószínűbben fordul elő legfiatalabb és a legidősebb korosztályban, illetve az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében. Az egyedülállók és az elváltak szintén veszélyeztetettebbek, mint a házasságban vagy kapcsolatban élők (4.4–6. táblázat).

4.4–6. táblázat A PGSI kapcsolata egyes szociodemográfiai változókkal

		N	PGSI kategóriák				$\chi^2$ / F	p
			0 pont problémamentes	1 pont enyhe probléma	2 pont mérsékelt probléma	3 pont súlyos probléma		
Nem	férfi	466	51,7	22,1	16,5	9,7	62,98	p<0,001
	nő	311	76,5	17,4	4,8	1,3		
Kor	18–24	109	41,3	27,5	22,9	8,3	41,96	p<0,001
	25–34	189	67,7	20,6	5,3	6,3		
	35–44	192	64,6	15,1	14,6	5,7		
	45–54	121	66,9	19,0	9,9	4,1		
	55–64	115	67,0	17,4	9,6	6,1		
	65–99	35	54,3	31,4	5,7	8,6		
	Iskolai végzettség	általános iskola	24	33,3	12,5	37,5		
szakmunkás		76	42,1	25,0	15,8	17,1		
érettségi		369	58,5	23,8	10,8	6,8		
főiskola/egyetem		308	72,4	15,3	10,1	2,3		
Családi állapot	nőtlen/hajadon	207	53,6	22,7	11,1	12,6	35,68	p<0,001
	kapcsolatban	239	60,3	20,9	15,5	3,3		
	házas	237	67,1	19,8	9,7	2,5		
	elvált	76	67,1	11,8	10,5	10,5		
	özvegy	17	70,6	17,6	5,9	5,9		
Jelenleg tanul	igen	250	60,0	22,4	12,0	5,6	1,31	n.sz.
	nem	526	62,4	19,2	11,8	6,7		
Jelenleg dolgozik	igen	556	64,4	18,9	10,1	6,7	9,53	,023
	nem	217	54,8	23,0	16,6	5,5		

n.sz. = nem szignifikáns

#### 4.4.3 A szerencsejáték problémával kapcsolatos eredmények diszkussziója

Mint láttuk fentebb, mind a SOGS, mind a PGSI a DSM-IV problémás/patológiás szerencsejátéokra vonatkozó kritériumai mentén került kialakításra, bár részben eltérő módon operacionalizálják a mért konstruktumot. Elemzéseink szerint mindkét kérdőív magyar változata megfelelő belső konzisztenciával és strukturális validitással rendelkezik. Az eredmények ugyanakkor jelzik, hogy a mérőeszközök különböző módon ragadják meg a szerencsejáték-jelenséget. A SOGS közel 20%-kal kevesebb problémamentes játékost azonosított. Az eltérés oka lehet, hogy a SOGS inkább kategorikusan semmint dimenzionálisan jeleníti meg a problémás szerencsejátékot. További ok lehet, hogy a SOGS kevésbé alkalmas nem klinikai populációban előforduló prevalencia vizsgálatokra; normál populációs mintán történő alkalmazása tévesen jelezhet magasabb arányú problémás/patológiás szerencsejáték előfordulást (Demetrovics és Kun, 2010b; Holden, 2010; WHO, 1994). A PGSI pszichometriai jellemzői alapján szintén adekvát eszköz a problémás/patológiás szerencsejáték probléma mérésére. Nem klinikai populáción történő használatra lett kialakítva, s jelen eredmények is azt jelzik, hogy a kevésbé problémás rétegben differenciáltabb képet nyújt, mint a SOGS (Gyollai és mtsai, 2013).

### 4.5 Munkafüggőség

#### 4.5.1 A Munkafüggőség Kockázata Kérdőív adaptálása

A *Munkafüggőség Kockázata Kérdőív* (WART, Robinson, 1989; Robinson, 1998) adaptálását a III. vizsgálat keretében végeztük el.

##### 4.5.1.1 Statisztikai elemzés

Első lépésként konfirmátoros faktoranalízist (CFA) végeztünk a WART korábbi tanulmányok által javasolt egy-, négy-, és ötfaktoros struktúráinak ellenőrzésére. A négyfaktoros megoldás a Kompulzív tendencia (3., 5., 6., 7., 8., 15., 18., 19. és 20. tétel), a Kontroll (2., 4., 11., 12., 16., 17. és 22. tétel), a Sérült kommunikáció/Önfeladás (13., 21., 23., 24. és 25. tétel), és az Önértékelés (9. és 10. tétel) faktorokat foglalta magába, míg az ötfaktoros megoldás megtartotta a négyfaktoros megoldás eredeti struktúráját, kiegészítve azt a Delegálás képtelensége (1. tétel), egy tételt tartalmazó faktorról. Mindazonáltal ez az egy faktor nem azonosítható egy látens változóként, ezért az ötfaktoros megoldást nem vetettük alá további elemzésnek. Az elemzéshez a korábbi fejezetekben már ismertetett MLR módszert alkalmaztuk. A modell illeszkedésének vizsgálata során a  $\chi^2$  érték, RMSEA, CFI és a TLI mutatókat vettük figyelembe. A megfelelő mértékű illeszkedés kritériuma, hogy a CFI és TLI magasabb értékeket mutassanak, mint 0,95. A 0,05 alatti RMSEA érték kiváló illeszkedést, a 0,08 alatti érték megfelelő illeszkedést, míg a 0,10 feletti érték gyenge

illeszkedést jelez. Az illeszkedés szorosságát az RMSEA CFit statisztikai teszttel vizsgáltuk (Browne és Cudek, 1993), amely az RMSEA 0,05-től való statisztikai eltérését méri. A nem szignifikáns valószínűségi értékek ( $p > 0,05$ ) a modell megfelelői illeszkedését jelzik, azonban többen a nagyobb értékeket, mint pl.  $p > 0,50$  tartják megfelelőnek (Brown, 2006).

Mivel az első körben végzett CFA-k nem támogatták az előzőekben javasolt mérési modelleket, egy kétlépéses eljárást alkalmaztunk, melyhez két, átfedés mentes csoportra volt szükség. Ezért a mintát két egyenlő nagyságú, random csoportra osztottuk. Az egyik almintát a skála konstrukcióra (feltáró minta), míg a másik almintát keresztvalidálásra (konfirmátoros minta) használtuk fel. A skála konstrukció céljából exploratív faktoranalízist végeztünk MLR becslési eljárással és Geomin rotációval. A feltáró minta 628 főt (359 férfit és 269 nőt) tartalmazott, átlagéletkoruk 38,2 év ( $SD=10,8$ ) volt. A konfirmátoros mintát 658 személy alkotta (372 férfi és 286 nő), átlagéletkoruk 38,9 év ( $SD=10,7$ ) volt. A CFA-t szintén MLR becslési eljárással végeztük és szintén megvizsgáltuk a modifikációs indexeket az esetleges illeszkedési problémák felfedése érdekében.

Egy személyközpontú megközelítést is alkalmaztunk annak vizsgálatára, hogy vajon azonosítható-e a dolgozóknak egy olyan osztálya, amely a munkafüggőség valamely dimenziója mentén kiemelkedik a többi közül. E mintázatok megmutathatják, mely aspektusok lényegesek a munkafüggőség szempontjából. A látens profil elemzés egy diszkrét látens változóval és folytonos megfigyelt változókkal (pl. faktorsúly) végzett látens változó elemzés (Collins és Lanza, 2010; Vermunt és Magidson, 2002). A látens osztályok számának meghatározása során több kritériumot alkalmaztunk: BIC (Bayesian Information Criteria Parsimony Index), a keresztklasszifikáció minimuma, az entrópia és a csoportok (klaszterek) értelmezhetősége. A végső döntésnél támaszkodtunk még a Lo-Mendell-Rubin Tesztre (L-M-R Test), ami összehasonlítja az aktuális modellt ( $n$  csoport) az eggyel kisebb számú csoportot ( $n-1$  csoport) feltételező modellel (Muthén és Muthén, 1998-2007). A szignifikáns ( $p < 0,05$ ) érték azt jelzi, hogy az  $n-1$  csoportot tartalmazó modellt elutasítjuk és az aktuális modellt ( $n$  csoport) megtartjuk.

Minden elemzést az SPSS 17.0 és az Mplus 6.0 alkalmazással végeztük.

#### 4.5.1.2 A WART faktor struktúrájának megerősítő faktoranalízise

Konfirmátoros faktoranalízist végeztünk a WART korábban javasolt modelljeit illetően. Mind az egy-, mind a négyfaktoros megoldások inadekvát illeszkedést mutattak az adatokkal. Az egyfaktoros struktúra illeszkedett a legkevésbé:  $\chi^2=3548$ ,  $df=275$ ,  $p < 0,001$ ; CFI=0,81; TLI=0,79; RMSEA=0,096, CFit=0,001. A négy- és ötfaktoros megoldások illeszkedési szintje nem bizonyult megfelelőnek (négyfaktoros megoldás mutatói:  $\chi^2=1578$ ,  $df=224$ ,  $p < 0,001$ ; CFI=0,85; TLI=0,83; RMSEA=0,069, CFit=0,001). Ahelyett, hogy mélyrehatóan keresni kezdtük volna a nem megfelelő illeszkedés okait a modifikációs indexek tekintetében, az exploratív elemzés irányába történő továbblépés mellett döntöttünk.

4.5.1.3 *Exploratív faktoranalízis*

Exploratív faktoranalízist végeztünk (MLR, Geomin rotáció) az 1. mintán (N=628), a 25 tétel faktorstruktúrájának feltárása céljából. A faktorstruktúra elfogadhatóságát az illeszkedési index (RMSEA <0,08, Cfit>0,05), a megoldás interpretálhatósága, és a kiugró faktortöltések (>0,30) mentén állapítottuk meg. Elemzésnek vetettük alá az 1-, 2-, 3-, 4- és 5-faktoros megoldásokat. A kapott RMSEA értékek: 0,077, Cfit<,0001 az egyfaktoros megoldás; 0,066, Cfit<,001 a kétfaktoros megoldás; 0,058, Cfit<,004 a háromfaktoros megoldás; 0,042, Cfit=,995 a négyfaktoros megoldás, és végül 0,029, Cfit=1,00 az ötfaktoros megoldás esetében. A statisztikai okok mellett a faktorstruktúra interpretálhatóságának szempontját is szem előtt tartva a négyfaktoros megoldás került elfogadásra ( $\chi^2=429,3$  df=206 p<0,0001, CFI=,941; TLI=,914). A feltáró faktoranalízis eredményeit a 4.5–1. táblázat mutatja be. A tételek további elemzésbe vonásának feltételeként a következő szabályokat alkalmaztuk: először, azokat a tételeket tartottuk meg, amelyek faktortöltései meghaladták a 0,35-os értéket. Másodszor, kizártuk azokat a tételeket, amelyek kiugróan magas (>0,30) keresztöltéssel bírtak. A kritériumok alapján a további elemzésekből 9 tétel kizárása volt indokolt (1., 8., 9., 10., 11., 14., 15., 22., 24.). A korábbi eredményekkel összhangban (pl. Robinson és mtsai, 2001) a *Kontroll faktor* (Control) 7 tételéből 5 maradt meg (2., 4., 12., 16., 17.) az új struktúrában (a 11. és a 22. tételek keresztöltései miatt kerültek kizárásra). Az eredeti Kompulzív tendencia faktor (Compulsive tendency) két különálló faktorra bomlott; *Túlhajszoiság* (3., 5., 6., 7. tételek) és *Elhanyagolás* (18., 19., 20., 23. tételek) dimenzióra. A negyedik faktor három tételt tartalmazott (13., 21., 25.) a korábbi Sérült kommunikáció/önfeladás (Impaired communication/self-absorption) faktorból, amelyet azonban az új struktúrában inkább *Impulzivitásként* lehet azonosítani. A faktorok közötti korreláció 0,16 és 0,55 között változott (4.5–1. táblázat).

4.5–1. táblázat A WART exploratív faktoranalízise: standardizált faktortöltések (N=628)

Tételek	Kontroll	Túl-hajszoiság	Elhanyagolás	Impulzivitás
12. Elvesztem a türelmemet, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy én szeretném.	<b>0,83</b>	–0,09	–0,01	0,02
2. Türelmetlen leszek, ha várnom kell valakire, vagy ha valami túl sokáig tart.	<b>0,68</b>	0,05	–0,04	–0,18
4. Ingerült leszek, ha valaki megzavar, miközben valamivel el vagyok foglalva.	<b>0,63</b>	0,06	–0,03	–0,02
17. Ideges leszek, ha olyan helyzetbe kerülök, melyet nem tudok kontrollálni.	<b>0,61</b>	–0,02	0,06	0,06
16. Dühös leszek, ha valaki nem felel meg az én tökéletességre vonatkozó elvárásaimnak.	<b>0,51</b>	0,02	0,15	0,11
22. A legkisebb hibáért is dühös leszek magamra.	<b>0,35</b>	–0,01	0,26	0,16
11. Számomra a dolgok történése sosem tűnik elég gyorsnak.	<b>0,32</b>	0,20	0,15	–0,03
6. Sokszor azt veszem észre, hogy egyszerre két-három dolgot is csinállok.	–0,03	<b>0,82</b>	–0,07	0,01

	Tételek	Kontroll	Túl- hajszołtság	Elhanya- gołás	Impulzivita- s
	Például ebéd közben jegyzetelek és telefonálok.				
5.	Egyfolytában elfoglalt vagyok, egyszerre több vasat tartok a tűzben.	0,02	<b>0,69</b>	0,02	-0,03
7.	Túlvállalom magam; több munkát vállallok el, mint amennyit el tudok végezni.	-0,04	<b>0,64</b>	0,11	0,04
3.	Úgy tűnik, rohanásban élek, és folyamatos versenyben vagyok az idővel.	0,17	<b>0,53</b>	0,08	-0,26
14.	Rengeteg időt töltök a jövőbeli események tervezgetésével, miközben nem törődök az „itt és most”-tal.	0,21	<b>0,30</b>	-0,05	0,26
20.	Több időt töltök munkával, mint barátokkal, hobbival vagy szabadidős tevékenységekkel.	-0,08	-0,07	<b>0,83</b>	-0,06
23.	Több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szeretteimmel való kapcsolatomra.	-0,02	0,09	<b>0,61</b>	0,15
19.	Nehezemre esik lazítani, amikor nem dolgozom.	0,01	0,12	<b>0,49</b>	0,08
9.	Nagyon fontos, hogy lássam a munkám tényleges eredményeit.	0,06	0,02	<b>0,45</b>	-0,38
15.	Azt veszem észre, hogy még akkor is dolgozom, amikor a kollegáim már mind abbahagyták a munkát.	-0,01	<b>0,30</b>	<b>0,41</b>	0,07
18.	Saját magam által kijelölt határidőkkel igyekszem maximalizálni a teljesítményemet.	0,12	0,10	<b>0,36</b>	-0,19
25.	Már azelőtt meghozok fontos döntéseket, hogy az összes információ a rendelkezésemre állna és végiggondolhatnám a dolgot.	0,26	0,04	0,07	<b>0,46</b>
13.	Felteszem ugyanazt a kérdést ismételten, anélkül, hogy észrevenném, hogy már kaptam rá választ.	0,25	0,13	0,02	<b>0,41</b>
21.	Fejest ugrok a munkákba, mielőtt a munka minden szakaszát végiggondolnám, csak, hogy mielőbb nekiláthassak.	0,07	0,17	0,19	<b>0,39</b>
24.	Elfelejttem, vagy nem törődök az ünnepekkel, mint pl. a születésnapok, osztálytalálkozók, évfordulók vagy a nyaralás.	0,08	-0,04	0,31	<b>0,35</b>
8.	Bűntudatom van, ha éppen nem dolgozom semmin.	0,08	0,22	0,29	0,08
10.	Fontosabb számomra a munkám eredménye, mint maga a munka folyamata.	0,22	0,01	0,27	-0,13
1.	Jobban szeretem a dolgokat magam elvégezni, mintsem, hogy másoktól kérjek segítséget.	0,07	0,07	0,24	-0,25
	Saját értékek	7,07	1,85	1,65	1,35
A faktorok közötti korreláció					
	Túlhajszołtság	0,52			
	Elhanyagolás	0,56	0,45		
	Impulzivitás	0,19	0,19	0,19	-

## 4.5.1.4 Az új mérési modell tesztelése: konfirmátoros faktoranalízis

MLR becsléssel végzett konfirmátoros faktoranalízist alkalmaztunk a korábbi exploratív faktoranalízis eredményeinek megerősítésére a konfirmátoros almintán. Ez a modell megfelelő illeszkedést eredményezett az adatokhoz ( $\chi^2=380,6$  df=98,  $p<,001$ ; RMSEA=0,047 Cfit=,801 CFI=,942; TLI=,929). A modifikációs indexek vizsgálata során azt találtuk, hogy a 20. és 23. tétel felszabadítása jelentősen növelte a modell illeszkedését. A tételek tartalmának vizsgálata azt mutatta, hogy e két tétel jelentése nagyon hasonló, ezért a 20. és 23. tétel közti hiba kovariancia felszabadításával ismét elemzésnek vetettük alá a modellt. Az illeszkedés javult ( $\chi^2=229,3$  df=97,  $p<,001$ ; RMSEA=,0046, CFI=0,827, CFI=,948; TLI=,935), a hibatagok közti korreláció 0,36 volt. Az új faktorstruktúrát és faktortöltéseket a 4.5–2. táblázat jeleníti meg. Minden faktortöltés egyenlő vagy nagyobb, mint 0,40, az értékek pedig 0,40 és 0,75 között változtak.

4.5–2. táblázat A WART új struktúrájának konfirmátoros faktoranalízise (N=658)

	Tételek	Kontroll	Túl-hajszoltság	Elhanyagolás	Impulzivitás
12.	Elvesztem a türelmemet, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy én szeretném.	,70			
17.	Ideges leszek, ha olyan helyzetbe kerülök, melyet nem tudok kontrollálni.	,67			
16.	Dühös leszek, ha valaki nem felel meg az én tökéletességre vonatkozó elvárásaimnak.	,66			
4.	Ingerült leszek, ha valaki megzavar, miközben valamivel el vagyok foglalva.	,65			
2.	Türelmetlen leszek, ha várnom kell valakire, vagy ha valami túl sokáig tart.	,57			
5.	Egyfolytában elfoglalt vagyok, egyszerre több vasat tartok a tűzben.		,75		
7.	Túlvállalom magam; több munkát válllok el, mint amennyit el tudok végezni.		,65		
6.	Sokszor azt veszem észre, hogy egyszerre két-három dolgot is csinálok. Például ebéd közben jegyzetek és telefonálok.		,64		
3.	Úgy tűnik, rohanásban élek, és folyamatos versenyben vagyok az idővel.		,64		
23.	Több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szerettemmel való kapcsolatomra.			,65	
19.	Nehezemre esik lazítani, amikor nem dolgozom.			,62	
20.	Több időt töltök munkával, mint barátokkal, hobbival vagy szabadidős tevékenységekkel.			,60	
18.	Saját magam által kijelölt határidőkkel igyekszem maximalizálni a teljesítményemet.			,40	



	Tételek	Kontroll	Túl-hajszoltság	Elhanyagolás	Impulzivitás
21	Fejest ugrok a munkákba, mielőtt a munka minden szakaszát végiggondolnám, csak, hogy mielőbb nekiláthassak.				,68
25	Már azelőtt meghozok fontos döntéseket, hogy az összes információ a rendelkezésemre állna és végiggondolhatnám a dolgot.				,64
13	Felteszem ugyanazt a kérdést ismételt, anélkül, hogy észrevenném, hogy már kaptam rá választ.				,58
A faktorok közötti korreláció					
	Túlhajszoltság	,67			
	Elhanyagolás	,59	,76		
	Impulzivitás	,73	,56	,65	

#### 4.5.1.5 *A munkafüggőség látens profil elemzése*

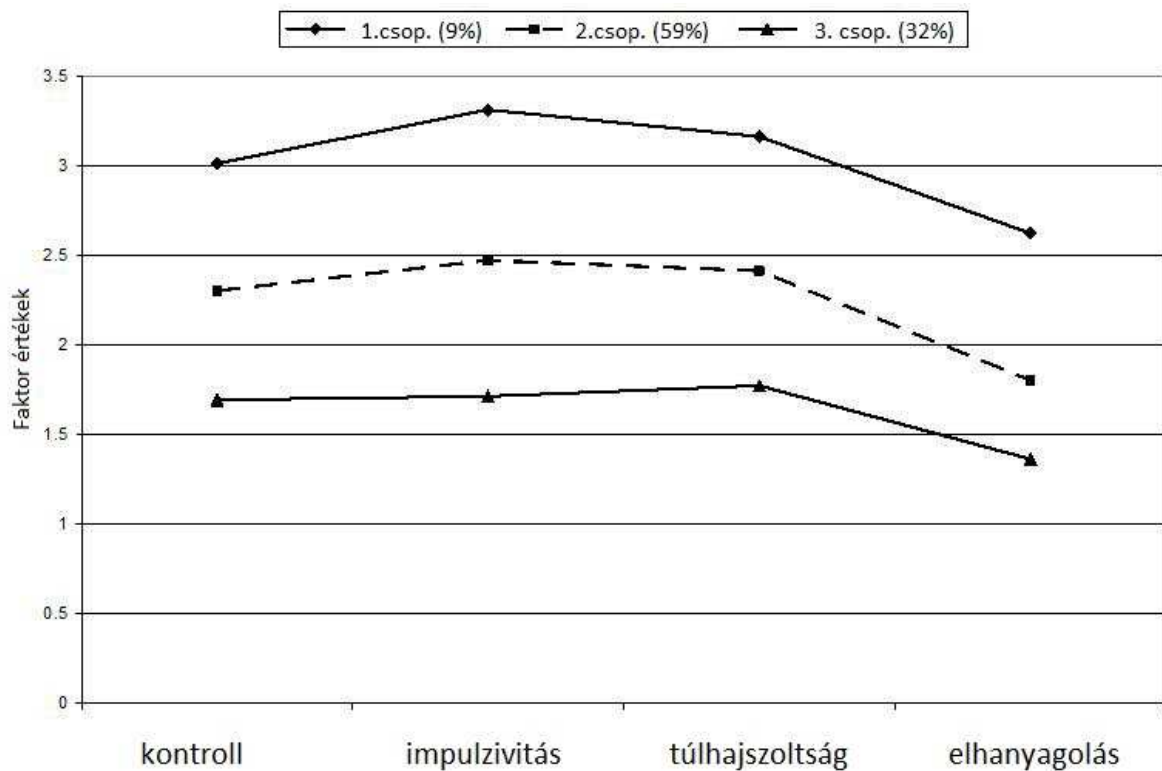
A munkafüggők látens osztályainak azonosítására látens profil elemzést végeztünk a WART magyar verziójának faktorátlag értékeivel (mind a négy faktort figyelembe véve), mint megfigyelt változókkal. Az egytől hatosztályos megoldásokat vetettük vizsgálat alá. Az egyes megoldások BIC és entrópia értékeit a 4.5–3. táblázatban mutatjuk be. Az AIC, BIC és mintamérethez illesztett BIC csökkent az osztályok hozzáadása nyomán. Mindazonáltal kiegyenlítődés volt észlelhető a három látens osztályos megoldást követően. Az entrópiát véve figyelembe, a három és négy látens osztályos megoldások érték el a legmagasabb értékeket. Az osztályok számának végső meghatározása során a Lo-Mendell-Rubin Valószínűségi Hányados Tesztet alkalmaztuk (L-M-R Teszt), ami nem mutatott szignifikáns eredményt a négyosztályos megoldás esetében, tehát a háromosztályos megoldás tűnt elfogadhatóbbnak. E megfontolások alapján a háromosztályos megoldást fogadtuk el. Az osztályok profil diagramja a 4.5–1. ábrán látható. A látens profilok vizsgálata feltárta, hogy a három osztály profilja majdnem teljesen párhuzamos, ami azt mutatja, hogy az osztályok a munkafüggőség súlyosságában térnek el egymástól oly módon, hogy az konzisztens marad az egyes faktorpontszámok között. A legsúlyosabb osztály prevalenciája a legalacsonyabb (1. osztály, N=118; 9%). Ezt az osztályt a munkafüggőség emelkedett szintje jellemzi. A másik két osztályban a munkafüggőség nagyon alacsony (2. osztály, N=759, 59%) és közepes (3. osztály, N=409, 32%) szintjét azonosítottuk.

A csoportok összehasonlítására a Wald-féle  $\chi^2$  tesztet végeztük el a látens osztályok prediktorainak egyenlőség tesztelésére (az elemzés részletes leírását lásd: <http://www.statmodel.com/download/meantest2.pdf>). A kor és nem összehasonlításában a három látens osztály nem különbözött, a heti munkaórák (önbeszámoló alapján rögzített) számát illetően azonban szignifikáns eltéréseket találtunk a három csoport közt (42,7 [42,0–43,4], 44,7 [44,1–45,3] és 47,1 [45,1–49,1]).

4.5–3. táblázat A WART magyar verziójának látens profil elemzése során mért illeszkedési mutatók

A látens osztályok száma	AIC	BIC	SSABIC	Entrópia	L-M-R Teszt	p
2	9106	9173	9131	0,68	842,0	0,0001
3	8778	8871	8814	0,74	328,0	0,0012
4	8711	8830	8757	0,75	75,1	0,1100

Megjegyzés: AIC: Akaike Information Criteria; BIC: Bayesian Information Criteria; SSABIC: Sample size adjusted Bayesian Information Criteria; L-M-R test: Lo-Mendell-Rubin Adjusted Likelihood Test.



4.5–1. ábra A WART 16-tételes magyar változatán végzett látens osztály elemzés eredménye

A következő lépésben, a 4.2.3.5 fejezetben leírtakkal tökéletesen megegyező módon kiszámoltuk a WART kérdőív határértékeit. E szerint problémamentes csoport és a közepes mértékű problémákat jelző csoport között a határérték 32 pont, míg a problémás csoporthoz való tartozás határértéke 46 pont. Ezen határértékeket a teljes OLAAP mintára alkalmazva 4,1% bizonyul veszélyeztetettnek a munkafüggőség szempontjából, míg 27,1% közepes mértékű problémákat jelez.

## 4.6 Kényszeres vásárlás

### 4.6.1 A kényszeres vásárlás három mérőeszközének adaptálása (IX. vizsgálat)

A kényszeres vásárlás vonatkozásában, mivel nagyon eltérő karakterisztikájú kérdőívek álltak rendelkezésre, ezért három eszköz adaptálását is elvégeztük.

#### 4.6.1.1 Statisztikai elemzés

Abban az esetben, ha rendelkezésre állt egy előzetesen javasolt faktorstruktúra, konfirmátoros faktoranalízist (CFA) hajtottunk végre. Amennyiben a korábbi struktúrát nem sikerült igazolni, úgy exploratív faktoranalízist (EFA) alkalmaztunk MLR becsléssel az Mplus 6.0 programban. A faktor megoldások elfogadhatóságát meghatározó illeszkedésvizsgálatban az RMSEA mutatót, ennek 90%-os megbízhatósági intervallumát (90% CI), és a szoros illeszkedés vizsgálatához 0,05-nél kisebb p értéket alkalmaztunk ( $Cfit > 0,05$ ). A megfelelő faktor megoldást az illeszkedést vizsgáló statisztika és a faktorok értelmezhetősége mentén határoztuk meg. Először minden faktorból szelektáltuk a 0,3-nél kisebb töltéssel, vagy kiugró keresztöltéssel rendelkező tételeket. Így tehát azokat a tételeket tartottuk meg, amelyek faktortöltése kizárólag egy faktoron haladta meg a 0,3-et vagy az egyik faktorra legalább kétszer olyan súllyal töltött, mint bármely más faktorra. Minden EFA során az Oblique (Geomin) rotációt alkalmaztuk, kivéve, ahol ezt másként jelöljük. A dichotóm megfigyelt változók esetében WLSMV faktoranalízist hajtottunk végre. Az CBS alskálákkal mért konstruktumok diszkrimináns validitásának vizsgálatára kiszámítottuk az átlagos megmagyarázott varianciát (average variance extracted, AVE) és az ebből képzett diszkrimináns validitási együtthatót (divergent validity extracted, DVE) (Zait és Berteau, 2011). A diszkrimináns validitás ebben az esetben azt mutatja, hogy az indikátorok a konstruktum varianciáját milyen arányban magyarázzák. A diszkrimináns validitás az AVE négyzetgyöke. A konstruktum validitás mutatójával azt mértük, hogy a konstruktum indikátorai mennyire konzisztensek (Said, Badrullah és Shahid, 2011; Zait és Berteau, 2011). Az AVE a megmagyarázott variancia mérésére szolgál, minden konstruktum esetében legalább 0,50-os érték ajánlott (C. Fornell, Larcker, D. F., 1981).

#### 4.6.1.2 A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) adaptálása

Az CBS eredeti kétfaktoros struktúrájának ellenőrzésére konfirmátoros faktoranalízist (MLR) végeztünk (N=1210). Az illeszkedési mutatók a modell adekvát illeszkedését támasztják alá ( $\chi^2=29,667$ ,  $df=8$   $p=0,0002$ ; CFI=0,973; TLI=0,950, SRMR=0,029, RMSEA=0,047 [CI: 0,030–0,066]) (4.6–1. táblázat). A két dimenzió közti korreláció 0,49 ( $p<0,01$ ) (4.6–5. táblázat).

4.6–1. táblázat A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) faktortöltései

		Kényszeres vásárlás	Impulzív vásárlás
3.	Az életem egy jelentős része a vásárlásról szól	0,82	
2.	Mások szerint kényszeres vásárló vagyok	0,73	
1.	Felbontatlan csomagok vannak a szekrényemben	0,54	
6.	Gyakran, pillanatnyi készlettel hatására vásárolok		0,75
5.	Vásárolok olyasmit, amit nem terveztem megvenni		0,74
4.	Vásárolok olyan dolgokat, amelyekre nincs szükségem		0,67
Kompozit Reliabilitás Index		0,74	0,60
Átlagos megmagyarázott variancia		0,50	0,52
Diszkriminációs validitási együttható		0,71	0,72

## 4.6.1.3 Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS) adaptálása

**Megerősítő faktoranalízis.** Konfirmátoros faktoranalízissel teszteltük az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála faktorstruktúráját (N=1251). Az adatok az eredeti 13-tételes, ötfaktoros modell nem megfelelő illeszkedését jelezték a jelenlegi mintán ( $\chi^2=472,77$  df=58  $p<0,001$ ; CFI= 0,900; TLI=0,866; SRMR=0,059; RMSEA=0,076 [CI: 0,069–0,082]).

**Feltáró faktoranalízis.** A háttérben álló faktorok teszteléséhez WLSMV feltáró faktoranalízist végeztünk mind a 29 kiinduló tételen. Az első megoldás, ami adekvát illeszkedést mutatott, a kétfaktoros modell volt ( $\chi^2=36557,64$  df=406  $p<0,001$ ; CFI=0,940; TLI=0,930; SRMR=0,058; RMSEA=0,070 [CI: 0,068–0,073]) (4.6–2. táblázat).

4.6–2. táblázat Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS) faktortöltései

Rövid változat		Tételek	Élvezet	Problémás vásárlás
*	R	6. Utálok vásárolni	<b>-0,93</b>	0,21
		9. Vásárolni jó	<b>0,77</b>	0,05
	R	7. Csak akkor vásárolok, ha muszáj	<b>-0,77</b>	-0,01
*		14. Fel vagyok dobva, amikor vásárló körútra indulok	<b>0,73</b>	0,26
*	R	5. Csak kevés vagy semennyi örömöm sem származik a vásárlásból	<b>-0,71</b>	0,17
*		18. Egy-egy „vásárlási roham” után szorongok	-0,02	<b>0,89</b>
*		17. Aggódom a vásárlási szokásaim miatt, mégis vásárolok és pénzt költök	0,03	<b>0,89</b>
*		23. A „vásárlási rohamok” után szégyellem magam vagy büntudatom van	-0,07	<b>0,89</b>

Rövid változat		Tételek	Élvezet	Problémás vásárlás
	27.	Adósságaim problémát okoznak otthon vagy a munkahelyemen	-0,27	<b>0,85</b>
	2.	A pénzköltési szokásaim káoszt teremtenek az életemben	-0,15	<b>0,82</b>
	22.	Eltitkolom a vásárlási szokásaimat és a megvett dolgokat a családom vagy a barátaim elől	-0,06	<b>0,80</b>
*	19.	Veszek olyan dolgokat, amelyeket nem engedhetnék meg magamnak	-0,07	<b>0,78</b>
	13.	Úgy érzem, hogy a számlák kifizetése után megmaradó összes pénzemet el kell költenem	0,12	<b>0,77</b>
*	26.	Olyan dolgokat is megveszek, amelyekre nincs szükségem vagy nem fogok használni	0,09	<b>0,72</b>
	25.	Vásárolok és költök olyankor is, amikor nincs szükségem semmire	0,31	<b>0,69</b>
*	3.	Akkor is késztetést érzek a vásárlásra, mikor nincs rá pénzem vagy időm	0,20	<b>0,67</b>
*	29.	Néha megmagyarázhatatlan kényszert érzek arra, hogy vásárolni menjek.	0,33	<b>0,65</b>
	20.	A következő vásárlókörutam köré összpontosítom a napomat	0,15	<b>0,64</b>
*	12.	Néha „vásárlási rohamaim” vannak	0,32	<b>0,64</b>
	21.	Sokszor, egyáltalán nem is hordom vagy használom azokat a holmikat, amiket megveszek	0,01	<b>0,61</b>
	24.	Visszaviszem a megvásárolt árut	-0,20	<b>0,57</b>
	1.	Általában minden pénzemet elköltöm minden hónapban, ami megmarad a számlák kifizetése után	-0,13	<b>0,56</b>
	28.	Ünneplés végett vásárolni megyek és pénzt költök	0,26	<b>0,52</b>
	4.	Nem tudok ellenállni a „leértékelés” vagy „akció” feliratoknak a kirakatban; muszáj benézniem.	0,43	0,34
	8.	Olyan gyakran megyek vásárolni és veszek dolgokat, amennyire gyakran csak tudok.	0,41	0,43
	10.	A gondolataim gyakran forognak a vásárlgatás és a pénzköltés körül	0,42	0,47
	11.	Gyakran veszek olyan dolgokat, amiket nem terveztem megvenni	0,34	0,55
*	15.	Akkor is veszek dolgokat, amikor semmire nem lenne szükségem	0,39	0,61
*	16.	Olyankor van „vásárlási rohamom”, amikor szomorú, csalódott, lehangolt vagy dühös vagyok	0,34	0,53

Megjegyzés: \*A Edwards-féle 13-tételes skálában megtartott tételek. R = fordított tételek.

Az első faktor a vásárlással kapcsolatos pozitív élményekre utal, így ezt a *Élvezet* faktornak neveztük el. Ez a faktor öt tételt foglal magába, köztük három fordított tételt. A második faktor 18 tételt fog össze, s a vásárlással kapcsolatos különböző problémákat tárja föl, így ennek a faktornak – heterogén jellege miatt is – a *Problémás vásárlás* nevet adtuk. A két faktor közötti korreláció 0,35 (4.6–5. táblázat).

4.6.1.4 *A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) adaptálása*

*Feltáró faktoranalízis.* Mivel nem volt elérhető korábbiakban publikált faktorstruktúra e kérdőív vonatkozásában, feltáró faktoranalízist végeztünk (WLSMV Geomin rotációval) a QABB mind a 19 tételén, vásárlókból álló mintánkon (N=1251). Az 1–4-faktoros megoldások mindegyikét teszteltük. A kétfaktoros megoldás nyújtotta az első adekvát, kritériumoknak megfelelő RMSEA értéket ( $\chi^2=330,658$  df=134  $p<0,001$ ; CFI=0,940; TLI=0,924; SRMR=0,079; RMSEA=0,034 [CI: 0,030–0,039]). Mindazonáltal ez esetben csupán 10 elemet tarthattunk meg az eredeti 19 tételből. Annak érdekében, hogy minél több tételt megtarthassunk az eredeti skálából, valamint elkerüljük azt, hogy túl kevés faktort határozzunk meg, a háromfaktoros megoldás mellett döntöttünk. Ez a modell jó illeszkedését eredményezte ( $\chi^2=218,709$  df=117  $p<0,001$ ; CFI=0,969; TLI=0,955; SRMR=0,068; RMSEA=0,026 [CI: 0,021–0,032]). A faktortöltéseket a 4.6–3. táblázat mutatja be. Ily módon az eredeti 19 tételből 13 tételt sikerült megtartani.

4.6–3. táblázat *A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) faktortöltései*

Tételek		Igen (%)	Faktor 1 Késztetés	Faktor 2 Negatív következ- mények	Faktor 3 Társas következ- mények
1.	Érzett-e már valaha ellenállhatatlan vágyat arra, hogy vásároljon valamit, bármi is legyen az?	52,4	<b>0,71</b>	0,01	–0,05
18.	Vásárol-e valamit legalább havonta egyszer úgy, hogy azt a pillanat hevében teszi?	40,5	<b>0,66</b>	–0,07	0,10
17.	Vannak-e olyan időszakai, amikor a bőkezűség ellenállhatatlan érzése miatt túlságosan sokat vásárol?	32,1	<b>0,63</b>	–0,02	0,17
4.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy szándékosan elkerült valamilyen boltot azért, mert attól félt, ha bemenne, túl sokat vásárolna ott?	21,3	<b>0,62</b>	0,13	–0,01
2.	Vásárolt-e már valaha olyan dolgot, amit később feleslegesnek ítélt?	83,0	<b>0,42</b>	–0,21	0,20
3.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy idegesnek, izgatottnak vagy ingerültnek érezte magát azért, mert nem tudott megvásárolni valamit?	48,5	<b>0,43</b>	0,10	0,21
11.	Vásárolt-e valaha olyan tárgyat, aminek megvétele miatt problémái akadtak bankjánál?	2,5	–0,01	<b>0,89</b>	0,08
12.	Vásárolt-e valaha olyan tárgyat, aminek megvételéből jogi bonyodalmak származtak?	2,3	–0,03	<b>0,78</b>	0,00
15.	Rendszeresen feszültnak és idegesnek érzi magát, mielőtt megvásárol valamit?	7,8	0,16	<b>0,63</b>	–0,02
7.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy a vásárlás iránti vágy miatt elmulasztott egy találkozót egy barátjával?	3,0	0,22	<b>0,46</b>	0,13
10.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy az Ön által vásárolt tárgy(ak) miatt meg nem értettséget és	9,5	–0,01	0,29	<b>0,69</b>



Tételek		Igen (%)	Faktor 1 Késztetés	Faktor 2 Negatív következ- mények	Faktor 3 Társas következ- mények
	kirekesztettséget tapasztalt?				
9.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy az Ön által vásárolt tárgy(ak) miatt szemrehányást kapott családjától vagy barátaitól?	44,4	0,21	0,00	<b>0,69</b>
6.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy az Ön által vásárolt tárgyakat elrejtette családja vagy barátai elől?	26,9	0,26	0,03	<b>0,42</b>
5.	<del>Előfordult-e Önnel valaha, hogy megkérte valamelyik ismerőst, kísérje el vásárolni azért, nehogy túl sokat költjön?</del>	5,6	0,52	0,35	-0,03
8.	<del>Előfordult-e Önnel valaha, hogy elhagyta munkahelyét, mert meg akart venni valamit?</del>	17,5	0,13	-0,07	0,25
13.	<del>Előfordult-e Önnel valaha, hogy az addig megvett tárgyak okozta anyagi nehézségek és családi problémák ellenére is folytatta a vásárlást?</del>	5,2	0,40	0,59	0,10
14.	<del>Rendszeresen előfordul Önnel az, hogy megbánja, hogy vásárolt valamit?</del>	10,2	0,30	0,49	0,00
16.	<del>Rendszeresen megkönnyebbülést érez azután, hogy megvásárolt valamit?</del>	18,5	0,46	0,33	-0,07
19.	<del>Fizetésének legalább egynegyedét a pillanat hevében és a túlzó vásárlási időszakokban vásárolt tárgyakra költi?</del>	6,2	0,65	0,34	0,00

Megjegyzés: A kizárt tételeket dőlttel és áthúzással jeleztük (5, 8, 13, 14, 16, 19).

Az első faktorba hat tétel került, melyek a vásárlásra való késztetést, s ennek különböző motivációit tárják föl, így ez a faktor a *Késztetés* nevet kapta. A második faktor négy tételéből három a vásárlással kapcsolatos különböző káros következményekre utal, így ez a faktor a *Negatív következmények* elnevezést kapta. Végül a harmadik faktor a vásárlással kapcsolatos szociális ártalmakat jelzi, így ez a dimenzió a *Társas következmények* nevet kapta. A három faktor korrelációit a 4.6–5. táblázat mutatja.

A korábbiakban (4.3.1.7 fejezet) leírtakkal teljesen megegyező módon ROC analízist végeztünk a QABB kérdőív határértékének kiszámításához. Erre azért volt különösen szükség, mert a QABB kérdőív lett főlvéve a III. vizsgálatban, s a 4.8. fejezet elemzéseire szükség volt a problémás és nem problémás vásárlók elkülönítésére. Az online játék (POGQ) vagy a munkafüggőség (WART) esetében végzett elemzésekkel szemben, ahol megfelelő kritérium változó (gold standard) nem állt rendelkezésünkre, s ily módon látens osztály elemzéssel kellett a súlyossági csoportokat elkülöníteni, s a leg súlyosabb csoportot kritériumcsoportnak tekinteni, jelen esetben, csakúgy, mint a testedzésfüggőség esetében (EAI) rendelkezésünkre állt megfelelő kritérium. A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) ugyanis megfelelően validált skála (Ridgway és mtsai, 2008), amelyenél a szerzők 25 pontban állapították meg a határértéket a nem problémás és a kényszeres vásárlók között. Mint láttuk fentebb (4.6.1.2 fejezet) a skála jelen vizsgálatban is kitűnő illeszkedést mutatott

eredeti faktorstruktúráját megtartva, így minden alapot biztosított ahhoz, hogy kritérium változóként alkalmazzuk. A korábbiakban bemutatott módon (4.3.1.7 fejezet) elvégzett ROC analízis alapján a QABB skála esetében a 6 pontos határérték javasolható (4.6–4. táblázat).

4.6–4. táblázat A QABB skála határértékének kiszámítása a CBS skálát kritérium változóként alkalmazva

Határérték QABB	TP (N)	TN (N)	FP (N)	FN (N)	Szenzi- tivitás (%)	Speci- ficitás (%)	PPV (%)	NPV (%)	Pontosság (%)
4	14	604	591	1	93	51	2	100	51
5	14	791	404	1	93	66	3	100	67
6	12	942	253	3	80	79	5	100	79
7	9	1050	145	6	60	88	6	99	88

#### 4.6.1.5 A kényszeres vásárlás prevalenciája

A QABB skála esetében a 6 pontos határértéket alkalmazva a teljes OLAAP mintán a kényszeres vásárlás előfordulása 2,3%. Ez az érték alacsonyabb, akár, mint a korábban Németországban, illetve az USA-ban kapott adatok (Koran és mtsai, 2006; Neuner és mtsai, 2005).

#### 4.6.1.6 A skálák közötti kapcsolat

Megvizsgáltuk a három skála és alskáláik közötti kapcsolatot. Egyetlen kivétellel (ez a QABB Negatív következmények és a CSS Élvezet alskálák közötti kapcsolat) valamennyi párosításban szignifikáns ( $p < 0,01$ ) pozitív irányú korrelációt találtunk. A három főskála 0,55 és 0,65 közötti kapcsolatot mutatott egymással.



4.6–5. táblázat A kényszeres vásárlás skálák közötti korreláció

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) CBS – Kényszeres vásárlás										
(2) CBS – Impulzív vásárlás	,494									
(3) CBS (teljes skála)	,778	,931								
(4) CSS – Élvezet	,276	,363	,379							
(5) CSS – Problémás vásárlás	,468	,604	,733	,346						
(6) CSS (teljes skála)	,479	,622	<b>,651</b>	,682	,922					
(7) QABB – Késztetés	,312	,582	,552	,407	,575	,616				
(8) QABB – Negatív következmények	,193	,150	,190	-,009	,363	,279	,159			
(9) QABB – Társas következmények	,198	,323	,317	,169	,385	,369	,382	,204		
(10) QABB (teljes skála)	,340	,575	<b>,559</b>	,356	,636	<b>,643</b>	,899	,394	,705	

*Megjegyzés:*  $p < 0,01$  minden esetben, kivéve a (8)–(4) kapcsolatot. A főskálák közötti korrelációt félkövérrel kiemeltük.

#### 4.6.1.7 *Diszkusszió: a három skálával kapcsolatos eredmények megvitatása*

A fentiek során a kényszeres vásárlás vonatkozásában három különböző skálát is vizsgáltunk. Ezek közül változatlan struktúrában és tételekkel csak a Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) bizonyult megbízhatónak, amelynek két javasolt alskálája (impulzív és kompulzív vásárlás) a mi mintánkban is elkülönült. Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS) korábban javasolt faktorstruktúráját ugyanakkor nem tudtuk reprodukálni. A kapott kétfaktoros megoldás eredményeként a vásárlás rekreációs jellegére utaló *Élvezet* dimenzió és egy, a vásárlással kapcsolatos problémákat jelző dimenzió jelent meg. A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) elemzése három faktort eredményezett, amelyek a vásárlásra irányuló leküzdhetetlen vágyra (Késztetés), illetve annak általános negatív, illetve speciális társas (negatív) következményeire utalnak. Meg kell jegyezni azonban, hogy egyik skála kialakítása tekintetében sem egyértelmű, hogy valóban megtörtént a vásárlás, illetve a vásárlással kapcsolatos problémák valamennyi aspektusának feltárása, így megfontolandó a jövőben esetleg olyan skála kialakítása, amely széleskörűen merít a lehetséges problémákból, s empirikus kiindulással állít össze egy elemzendő tételsort (Demetrovics és mtsai, 2012).

## 4.7 Az egyes viselkedési addikciók együttjárása

Az előző hat fejezetben az egyes viselkedési függőségeket szeparáltan vizsgáltuk. Ebben és a következő fejezetben azonban közös elemzés tárgya lesz a fent tárgyalt hat

jelenség. Ebben a fejezetben az OLAAP adatbázison (III. vizsgálat) kerül sor az egyes viselkedési függőségek együttjárásának elemzésére, abból a megfontolásból kifolyólag, hogy amennyiben rokon jelenségekről van szó, joggal feltételezhetjük, hogy ezek a problémák egymással átfedésben is megjelenhetnek. A következő fejezetben két kulcsdimenzió, a kényszeresség és az impulzivitás mentén elemezzük majd az egyes addiktív problémákat.

Amint az a 4.7–1. táblázatból látszik az egyes vizsgált jelenségek alacsony-közepes, többségében szignifikáns együttjárást mutatnak egymással. Pusztán a főskálákat tekintve (és eltekintve a két testedzésfüggőség skála értelemszerűen magas együttjárásától) a legerősebb kapcsolat a kényszeres vásárlás és a munkafüggőség ( $r=0,333$ ), valamint a testedzésfüggőség (EDS) és a szerencsejáték-függőség ( $r=0,308$ ), az internetfüggőség ( $r=0,275$ ) és a vásárlási kényszer ( $r=0,250$ ) között mutatkozott.

Az alskálákat tekintve kiemelkedik a QABB negatív következmények skálája, amely az internetfüggőség, a munkafüggőség és a testedzésfüggőség (EDS) több alskálájával is 0,3 körüli vagy azt meghaladó kapcsolatot mutat. Ugyanígy az EDS más aktivitások csökkenését mérő alskálája is 0,3 fölötti korrelációt mutat a PIUQ elhanyagolás és kontrollzavar skálájával.

4.7–1. táblázat Az egyes viselkedési addikciós skálák és alskálák közötti kapcsolatok az OLAAP adatbázis alapján

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)
(1) EAI (Testedzésfüggőség)																							
(2) EDS – Megvonás	<u>.467</u>																						
(3) EDS – Viselkedés- fennmaradás	<u>.412</u>	<u>.373</u>																					
(4) EDS – Tolerancia	<u>.571</u>	<u>.356</u>	<u>.443</u>																				
(5) EDS – Sikertelen kontrollálás	<u>.523</u>	<u>.385</u>	<u>.499</u>	<u>.620</u>																			
(6) EDS – Más aktivitások csökkenése	<u>.398</u>	<u>.349</u>	<u>.419</u>	<u>.317</u>	<u>.436</u>																		
(7) EDS – Idő	<u>.550</u>	<u>.400</u>	<u>.458</u>	<u>.645</u>	<u>.674</u>	<u>.512</u>																	
(8) EDS – Késztetés	<u>.404</u>	<u>.416</u>	<u>.390</u>	<u>.514</u>	<u>.510</u>	<u>.425</u>	<u>.576</u>																
(9) EDS – Összpontszám	<u>.653</u>	<u>.642</u>	<u>.694</u>	<u>.790</u>	<u>.809</u>	<u>.619</u>	<u>.833</u>	<u>.740</u>															
(10) PIUQ – Obszesszió	,098	,105	,127	,071	,103	<u>.253</u>	,054	<u>.224</u>	<u>.170</u>														
(11) PIUQ – Elhanyagolás	,138	,125	<u>.216</u>	,133	<u>.176</u>	<u>.395</u>	<u>.182</u>	<u>.282</u>	<u>.276</u>	<u>.726</u>													
(12) PIUQ – Kontrollzavar	<u>.173</u>	<u>.213</u>	<u>.235</u>	,145	<u>.164</u>	<u>.339</u>	<u>.182</u>	<u>.222</u>	<u>.280</u>	<u>.623</u>	<u>.742</u>												
(13) PIUQ – Összpontszám	<u>.154</u>	<u>.167</u>	<u>.219</u>	,133	<u>.168</u>	<u>.373</u>	<u>.160</u>	<u>.274</u>	<u>.275</u>	<u>.872</u>	<u>.924</u>	<u>.884</u>											
(14) SOGS	<u>.172</u>	,108	<u>.225</u>	<u>.302</u>	<u>.230</u>	<u>.233</u>	,169	<u>.275</u>	<u>.308</u>	<u>.157</u>	<u>.209</u>	<u>.200</u>	<u>.214</u>										
(15) WART – Kontroll	,055	<u>.146</u>	<u>.128</u>	,043	<u>.161</u>	,029	,056	,115	<u>.141</u>	<u>.201</u>	<u>.203</u>	<u>.179</u>	<u>.216</u>	<u>.097</u>									
(16) WART – Túlhajszoltság	,050	,015	<u>.098</u>	-,022	,090	,052	,073	,102	,076	<u>.086</u>	<u>.103</u>	<u>.095</u>	<u>.106</u>	,017	<u>.501</u>								
(17) WART – Elhanyagolás	,103	,086	,047	,034	,070	,084	,060	<u>.148</u>	,101	<u>.099</u>	<u>.094</u>	<u>.123</u>	<u>.117</u>	,071	<u>.410</u>	<u>.519</u>							
(18) WART – Impulzivitás	,107	<u>.207</u>	<u>.194</u>	,012	,066	<u>.191</u>	,042	<u>.244</u>	<u>.176</u>	<u>.177</u>	<u>.161</u>	<u>.185</u>	<u>.194</u>	,115	<u>.478</u>	<u>.393</u>	<u>.381</u>						
(19) WART – Összpontszám	,100	<u>.140</u>	<u>.147</u>	,023	<u>.135</u>	,104	,080	<u>.191</u>	<u>.159</u>	<u>.179</u>	<u>.181</u>	<u>.184</u>	<u>.202</u>	<u>.095</u>	<u>.808</u>	<u>.803</u>	<u>.761</u>	<u>.675</u>					
(20) QABB – Késztetés	,104	<u>.287</u>	,052	,241	,174	,144	,254	,154	,243	,081	,059	,045	,068	,014	,067	,121	<u>.278</u>	<u>.301</u>	<u>.242</u>				
(21) QABB – Negatív következmények	,046	,219	,043	,060	,148	<u>.271</u>	,065	<u>.322</u>	,187	<u>.343</u>	<u>.358</u>	<u>.267</u>	<u>.356</u>	<u>.348</u>	,191	<u>.223</u>	<u>.337</u>	<u>.423</u>	<u>.380</u>	<u>.303</u>			
(22) QABB – Társas következmények	,084	<u>.280</u>	-,001	,150	,012	,191	,128	,140	,159	<u>.240</u>	<u>.241</u>	<u>.214</u>	<u>.255</u>	,206	,139	,089	,162	<u>.309</u>	<u>.222</u>	<u>.579</u>	<u>.448</u>		
(23) QABB – Összpontszám	,102	<u>.324</u>	,043	,208	,150	,227	,210	,231	,250	<u>.224</u>	<u>.214</u>	,172	<u>.224</u>	,171	,145	,176	<u>.321</u>	<u>.409</u>	<u>.333</u>	<u>.883</u>	<u>.650</u>	<u>.812</u>	

Megjegyzés: Félkövér =  $p < 0,05$ ; Félkövér aláhúzott =  $p < 0,01$ ; a főskálák közötti korrelációt árnyékolással kiemeltük.

#### 4.8 Impulzivitás és kényszeresség a viselkedési addikciókban

Mind a szakirodalomban, mind a fenti elemzések során kiemelkedik két dimenzió az addiktív viselkedések hátterében. Ezek az impulzivitás, illetve a kényszeresség. Mint láttuk (2.1.1. fejezet), Hollander (1993) egy lineáris dimenzión helyezi el ezt a két jellemzőt (2.1–1. ábra), s feltételezi, hogy az egyes addikciókat komplementer módon jellemzi a kompulzió vagy az impulzivitás túlsúlya, de mindenképp, a modell egydimenziós jellegéből kiindulva a kényszeresség növekedése valamely jelenség esetében az impulzivitás csökkenésével jár és fordítva (1995). A 4.1–22. táblázatban azonban jól láthattuk, hogy a kényszeresség és az impulzivitás, ha nem is magasan, de pozitívan korrelál egymással (0,326;  $p < 0,001$ ), azaz semmiképp nem feltételezhetjük, hogy az egyik magasabb szintje a másik alacsonyabb szintjével járna együtt az addiktív jelenségekben.

A klinikai leírások, a fent elemzett tüneti elemzések, s korábbi kutatások is inkább azt vetik fel, hogy az impulzív tendenciák és a kompulzivitás egyszerre vannak jelen az addikciókban. Ennek tesztelésére egy olyan elemzést végeztünk, amely során az egyes vizsgált jelenségek különböző szintű problémacsoportjait egy olyan koordináta rendszerben helyeztük el, amelynek x-tengelyét a kényszeresség, y-tengelyét az impulzivitás dimenzió adta.

##### 4.8.1 Statisztikai elemzés (III–VI., IX. vizsgálatok)

Az első elemzésben az OLAAP mintát alkalmaztuk (III. vizsgálat). Mind az SCL-90 kérdőív kényszeresség skáláját, mind a BIS impulzivitás skálát standardizáltuk oly módon, hogy ezek átlaga 0, szórása 1 legyen. Az ebben a mintában vizsgált öt viselkedési addikció esetében a fentiekben bemutatott határértékek mentén kialakítottuk a különböző súlyossági csoportokat, majd ezeket a két dimenzió mentén összehasonlítottuk. A testedzésfüggőség esetében mind az EAI, mind az EDS segítségével három-három csoport különíthető el (tünetmentes testedzők; nem függő, de egyes tüneteket mutató testedzők; és olyan személyek, akiknél kimutatható a függőség kockázata). Az internetfüggőség (PIUQ) és a kényszeres vásárlás (QABB) esetében két-két csoport elkülönítésére volt mód (problémamentes, illetve problémás személyek). A munkafüggőség esetében ismételt három csoportot különítettünk el (problémamentes; közepes mértékű probléma; problémás), míg a szerencsejáték-függőség esetében (SOGS) négy csoporttal dolgoztunk (nincs probléma; kevés probléma; problémás játékos; patológiás játékos). A csoportokat a SOGS esetében a fent leírt standard nemzetközi gyakorlat mentén, míg a többi skála esetében a fentiekben kialakított és bemutatott határértékek mentén alakítottuk ki. A csoportok összehasonlítása két csoport esetén független mintás t-próbával, több csoport esetén varianciaanalízissel történt. Utóbbi esetben az eloszlás homogenitásától függően Bonferroni vagy Games-Howell post-hoc elemzéssel történt a csoportok páronkénti összehasonlítása.

A második elemzés-sorozat minden tekintetben megegyezett az előzőekben bemutatottal, azzal a különbséggel, hogy itt az elemzések az egyes specifikus mintákon történtek. Ily módon a testedzésfüggőséget az V. vizsgálat során szerzett mintán, a szerencsejáték problémát a VI. vizsgálat mintáján, míg a kényszeres vásárlást a IX. vizsgálat mintáján vizsgáltuk. Az online játékokat, amelyek az első elemzésben nem szerepeltek,

mivel az OLAAP vizsgálatban nem mértük ezt a jelenséget, most a IV. vizsgálat mintáján elemeztük. Mivel ebben a mintában viszont a BIS skála felvételére nem került sor, így itt további eltérés, hogy az impulzivitással magas együttjárást mutató szenzoros élménykeresés skálán (BSSS) végeztük az elemzéseket.

#### 4.8.2 Eredmények

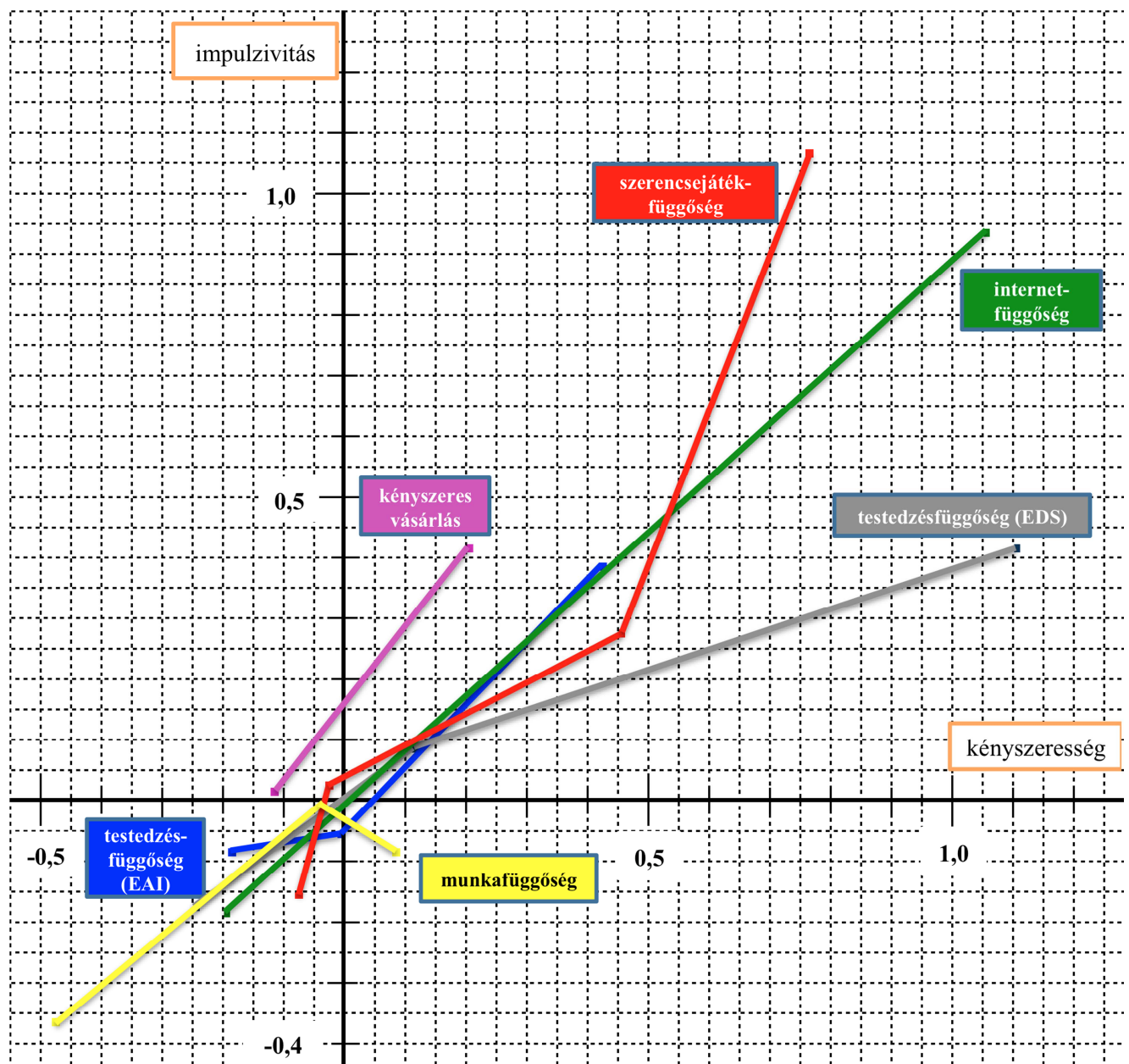
Az eredményeket a 4.8–1. táblázat, valamint a 4.8–1. ábra mutatja be. Jól látható, hogy a csoportok problémásabbá válásával a WART skála kivételével (ahol a közepesen problémás és problémás csoport impulzivitásában nem volt növekedés) valamennyi vizsgált jelenség esetében az egymás után következő súlyossági csoportokat összehasonlítva mind a kényszeresség, mind pedig az impulzivitás növekvő értékeket mutat. A kényszerességet tekintve ez a növekedés valamennyi jelenség esetében szignifikáns és a páronkénti összehasonlításban is minden esetben legalább két csoport között van szignifikáns különbség (az EAI skála esetében tendencia szintű). Az impulzivitást esetében ugyanezt mondhatjuk el, azzal a megszorítással, hogy az EAI skála esetében a különbségek nem szignifikánsak.

Mindez megerősíti azt az előzetes feltételezést, hogy egy adott jelenség, jelen esetben valamennyi vizsgált addiktív magatartás, súlyosbodása nem a kényszeresség *vagy* az impulzivitás, hanem egyaránt a kényszeresség és az impulzivitás növekedésével jár együtt.

4.8–1. táblázat Az egyes viselkedési problémák különböző problémacsoportjainak összehasonlítása a kényszeresség (SCL-90) és az impulzivitás (BIS) dimenziók mentén (a III. vizsgálat alapján)

	Kényszeresség (szórás)	F/t		Impulzivitás (szórás)	F/t	
Testedzésfüggőség (EAI)						
tünetmentes (a)	–0,19 (0,85)	3,830*	a<b <sup>+</sup>	–0,09 (0,92)	1,429	
nem függő (b)	–0,01 (0,96)			–0,06 (0,99)		
függőség kockázata (c)	0,43 (1,59)			0,39 (1,37)		
Testedzésfüggőség (EDS)						
tünetmentes (a)	–0,25 (0,80)	15,538***	a<b***	–0,18 (0,98)	5,230**	a<b*
nem függő (b)	0,12 (0,99)			0,09 (0,94)		
függőség kockázata (c)	1,11 (1,97)			0,42 (0,99)		
Internetfüggőség (PIUQ)						
problémamentes (a)	–0,20 (0,84)	7,578***		–0,19 (0,92)	8,086***	
problémás (b)	1,06 (1,13)			0,94 (0,94)		
Szerencsejáték (SOGS)						
problémamentes (a)	–0,08 (0,93)	13,531***	a<c**	–0,16 (0,89)	26,536***	a<b <sup>+</sup>
keves probléma (b)	–0,03 (0,97)		a<d**	0,03 (0,90)		a<c**
problémás (c)	0,46 (1,06)		b<c*	0,28 (0,75)		a<d***
patológiás (d)	0,77 (1,42)		b<d*	1,07 (1,01)		b<d***
						c<d***
Munkafüggőség (WART)						
problémamentes (a)	–0,48 (0,54)	48,966***	a<b***	–0,37 (0,99)	20,138***	a<b***
közepes probléma (b)	–0,04 (0,86)		a<c***	–0,01 (0,90)		a<c*
problémás (c)	0,09 (1,07)			–0,09 (1,02)		
Kényszeres vásárlás (QABB)						
problémamentes (a)	–0,12 (0,77)	2,166*		0,02 (0,98)	2,579*	
problémás (b)	0,21 (1,08)			0,42 (1,01)		

<sup>+</sup>p<0,05; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001.



4.8–1. ábra A vizsgált viselkedési addikciók különböző súlyosságú csoportjainak elhelyezkedése a kényszeresség (x-tengely) és az impulzivitás (y-tengely) dimenziók mentén (a III. vizsgálat alapján)

Megjegyzés: A kényszeresség és impulzivitás dimenziókat standardizáltuk.

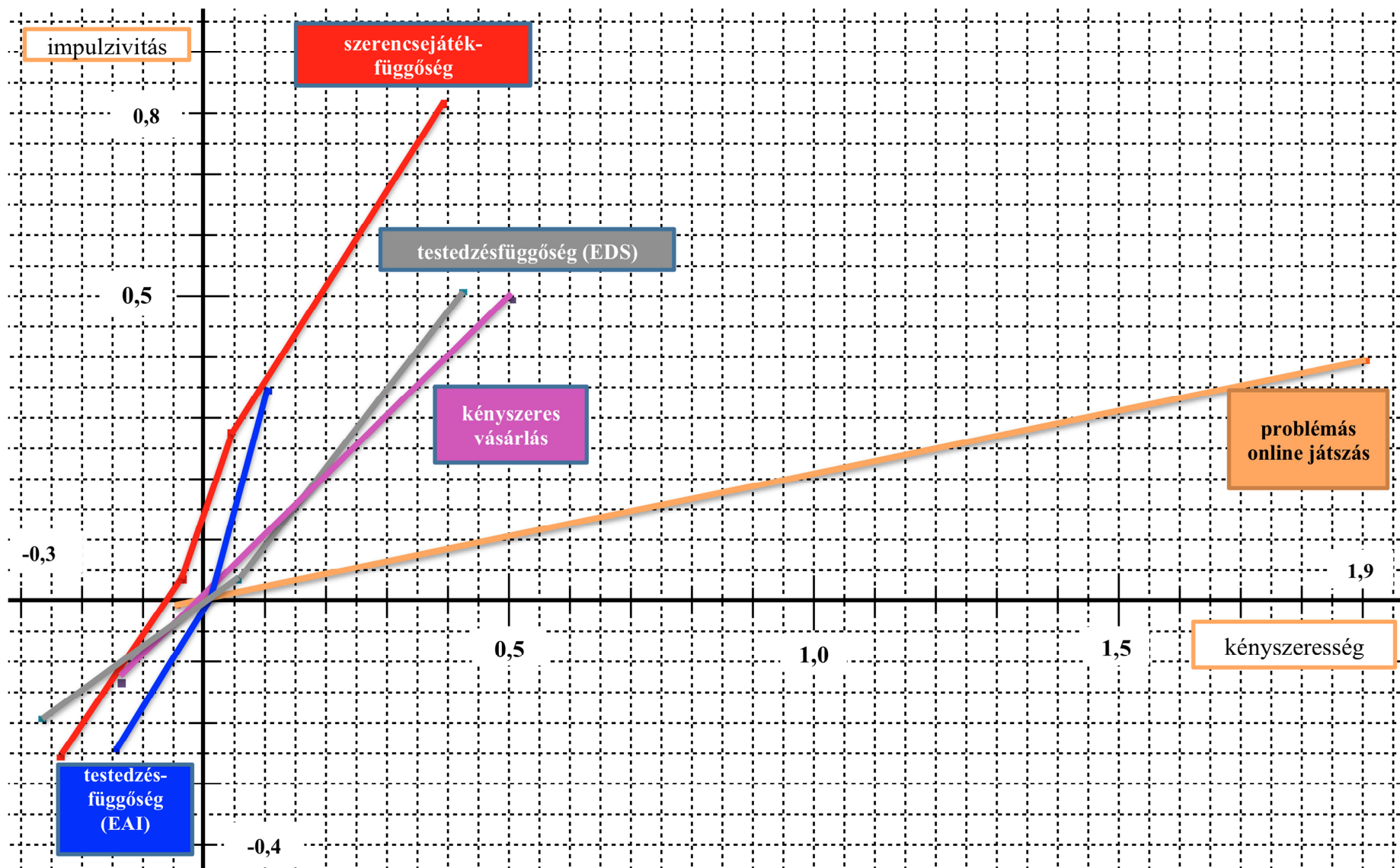
A második elemzés-sorozatban, ahol az egyes speciális mintákon végeztünk hasonló elemzéseket, a fentiekkel megegyező eredmények mutatkoztak (4.8–1. táblázat, valamint 4.8–1. ábra). Az egyes súlyossági csoportok közötti különbségek mind a négy vizsgált jelenség és mind az öt alkalmazott eszköz esetében szignifikánsnak bizonyultak; mind az impulzivitás, mind pedig a kényszeresség tekintetében. Ezen túlmenően, többségében a csoportok páronkénti összehasonlítása is szignifikáns növekedést mutatott. Ezek az eredmények tehát ismételtén megerősítették azt a feltételezést, hogy a vizsgált jelenségek esetében (online játszás, testedzésfüggőség, szerecssejáték-függőség és kényszeres vásárlás) a probléma súlyosabb volta mind a kényszeresség, mind pedig az impulzivitás megnövekedett értékével jár együtt.

4.8–2. táblázat Az egyes viselkedési addikciók különböző problémacsoportjainak összehasonlítása a kényszeresség (SCL-90) és az impulzivitás (BIS) dimenziók mentén (a IV–VI. és IX. vizsgálatok alapján)

	Kényszeresség (szórás)	F/t		Impulzivitás (szórás)	F/t	
Online játszás (POGQ)						
problémamentes (a)	−0,05 (0,93)	10,513***		−0,01 (0,98) <sup>#</sup>	2,490*	
problémás (b)	1,91 (1,63)			0,40 (1,46) <sup>#</sup>		
Testedzésfüggőség (EAI)						
tünetmentes (a)	−0,15 (0,94)	5,752**	a<b**	−0,25 (0,94)	25,269***	a<b***
nem függő (b)	0,02 (0,99)		a<c**	0,01 (0,96)		a<c***
függőség kockázata (c)	0,11 (1,16)			0,35 (1,34)		b<c**
Testedzésfüggőség (EDS)						
tünetmentes (a)	−0,27 (0,84)	38,535***	a<b***	−0,20 (0,98)	29,238***	a<b***
nem függő (b)	0,06 (1,00)		a<c***	0,04 (0,96)		a<c***
függőség kockázata (c)	0,43 (1,32)		b<c*	0,51 (1,38)		b<c**
Szerencsejáték (SOGS)						
problémamentes (a)	−0,24 (0,85)	8,856***	a<c**	−0,26 (0,92)	25,381***	a<b*
kevés probléma (b)	−0,04 (0,97)		b<d*	0,04 (0,94)		a<c***
problémás (c)	0,05 (0,97)			0,28 (1,04)		a<d***
patológiás (d)	0,40 (1,28)			0,82 (0,91)		b<d***
				c<d**		
Kényszeres vásárlás (QABB)						
problémamentes (a)	−0,14 (0,91)	8,598***		−0,14 (0,95)	9,459***	
problémás (b)	0,51 (1,14)			0,50 (1,00)		

<sup>+</sup>p<0,05; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; <sup>#</sup> BSSS (szenzoros élménykeresés).





4.8–2. ábra A vizsgált viselkedési addikciók különböző súlyosságú csoportjainak elhelyezkedése a kényszeresség (x-tengely) és az impulzivitás (y-tengely) dimenziók mentén (a IV–VI. és IX. vizsgálatok alapján)

Megjegyzés: A kényszeresség és impulzivitás dimenziókat standardizáltuk.

## 5 DISZKUSSZIÓ

A fentiek során hat viselkedési addikció komponenseit vizsgáltam különböző mintákon, illetve feltártam ezek egymással való viszonyát, továbbá bemutattam néhány olyan elemzést, amely ezen zavarok egyes személyiségdimenziókkal való kapcsolatát vizsgálta. A fenti elemzések alapján valóban úgy tűnik, hogy ezek a jelenségek sok rokon vonást mutatnak mind egymással, mind a kémiai szerekkel való függőséggel. A főbb eredményeket és konklúziókat az alábbiakban ezen témakörök mentén foglalom össze.

### *Módszertani fejlesztés: mérőeszközök kialakítása és adaptálása*

A fentiek során mind a hat vizsgált jelenség esetében arra törekedtem, hogy az adott jelenség megbízható mérésére alkalmas eszközt alakítsunk ki vagy adaptáljunk, ahol ez utóbbira lehetőség nyílt. A szerencsejáték-függőség esetében, amely messze a legtöbbet vizsgált zavar a hat probléma közül, több olyan mérőeszköz is rendelkezésre állt, amelyek a nemzetközi gyakorlatban jó eredményeket mutattak. Ezen probléma esetében a South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (SOGS) és a Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) hazai mintán történő adaptálása tűnt reálisnak. Mindkét kérdőív megbízható eszköznek bizonyult, s a jövőben a hazai kutatásokban, de akár a klinikumban szűrőeszközként (főképp a SOGS alkalmas erre) is használhatóak lesznek (Gyollai és mtsai, 2013; Gyollai és mtsai, 2011).

Szintén több kérdőív kínálkozott a kényszeres vásárlás mérésére, s ezek közül a három legelterjedtebb eszközt vizsgáltuk. Közülük azonban egyedül a Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS) (Ridgway és mtsai, 2008) bizonyult változatlan formában is megbízható mérőeszköznek. Edwards Kényszeres Költés Skálája (CSS) (Edwards, 1993), csakúgy, mint Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB) (Lejoyeux és Ades, 1994) jelentős átalakítást igényelt, ami tételek elhagyását és a faktorstruktúra összetételét és tartalmát is érintette. A Kényszeres Vásárlás Skála valóban megfelelő, kompakt mérőeszköz lehet, s más kutatások (Yi, 2012) is azt jelzik, hogy a kompulzív és impulzív dimenziók megragadásával a kényszeres vásárlás hátterében tetten érhető két alapvető dimenziót ragadjuk meg. Sokkal több kételyt ébreszthet a másik két skála; még akkor is, ha pszichometriai tulajdonságaik a fentiek során kialakított formájukban megfelelőek. A CSS eredeti ötfaktoros modellje nem volt reprodukálható, s az e helyett megmutatkozó modell tulajdonképp a vásárlás rekreációs, problémamentes aspektusait választotta el a problémás vonatkozásoktól. Ennek megfelelően a jövőbeli kutatásokban akár az is felmerülhet, hogy csupán az utóbbi tételeket alkalmazzuk. A QABB háromfaktoros struktúráját szintén érdemes tovább vizsgálni a jövőben, különös tekintettel arra a kérdésre, hogy negatív társas következmények, illetve az egyéb negatív következmények különválása valós szerveződést fed-e. Ezen a ponton felmerül ugyanis, hogy a vásárlási kényszer esetében a jelenség tüneti feltárása még messze nem teljes, s ennek megfelelően a kérdőívek kiindulása, azaz a tételek generálása sokkal inkább teoretikus, mintsem empirikus úton történt, ami adott esetben akár dimenziók kimaradásához vezethetett. Mindezek alapján a jövőben megfontolandó a kényszeres vásárlás komponenseinek további elemzése.

Hasonló a helyzet a munkafüggőség esetében is; bár itt csak egyetlen kérdőív vizsgálatára került sor. Ez a jelenség a kényszeres vásárlásnál is kevésbé feltárt, így a megbízható mérőeszköz szükségessége, ha lehet még égetőbb volt. A Munkafüggőség Kockázata Kérdőív (WART) új, 16-tételes, négyfaktoros struktúrája megbízhatónak

bizonyult az elemzéseink során. Négy olyan dimenzió emelkedett ki az eredményekben, amely összhangban van a korábbi szakirodalmi leírásokkal (Homer, 1985; Naughton, 1987; Robinson, 1998; Woititz, 1987), s ez mindenképp erősíti a kérdőív validitását. Ezzel együtt, mind a WART esetében, mind pedig a kényszeres vásárlás mérőeszközeinek az esetében indokolt a további megerősítő vizsgálatok tervezése.

A fenti két területtől eltérően, a testedzésfüggőség jelensége teoretikusan jól feltártnak mondható, s a rendelkezésre álló mérőeszközök tartalmi és módszertani megalapozottsága is megnyugtatóbb volt. Ezzel összhangban, nem meglepő, hogy itt mindkét, a nemzetközi szakirodalmi eredmények alapján kiválasztott mérőeszköz validnak és megbízhatónak bizonyult. Bár mind a Testedzés Addikció Kérdőív (EAI), mind a Testedzés Függőség Skála (EDS) teoretikus kiindulású eszközök (az EAI a Griffiths-féle komponens modellre, az EDS pedig a DSM-IV pszichoaktív szer-dependencia diagnózisra épül), ezek a teoretikus alapok valóban adekvátak, s bizonyosan ennek is köszönhető a mérőeszközök megfelelése.

Ezzel szemben a problémás internethasználat és a problémás online játék esetében, bár kínálkoztak a nemzetközi szakirodalomban már alkalmazott eszközök, ezeknél pontosan az a teoretikus beágyazottság és/vagy empirikus megalapozottság hiányzott, ami alapján bátran választhattuk volna kiindulópontként ezeket az eszközöket. Így ezen két jelenség esetében saját kérdőív kifejlesztése volt a cél, amihez – ismételten a jelenségek kevésbé feltárt jellege miatt – empirikus alapon kezdtünk hozzá, mindenképp elkerülve azt a hibalehetőséget, hogy egy teoretikus modell ignorál valamilyen fontos dimenziót. Mind az internetfüggőség mérésére kialakított Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) (Demetrovics és mtsai, 2008) és annak rövidebb verziói (Koronczai és mtsai, 2011), mind a problémás játék mérésére kialakított Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ) (Demetrovics és mtsai, 2012) és annak rövidebb változata (Pápay és mtsai, 2013) valid, megbízható, s az egyes problémákat komplexen leíró mérőeszköznek bizonyultak. A PIUQ, mint mérőeszköz 2008-as megjelenése óta több nemzetközi kutatásban is alkalmazásra került (Kelley és Gruber, 2010; Mazhari, 2012; Zahodne és mtsai, 2011), illetve az általa megjelenített háromdimenziós internetfüggőségi modell szintén bekerült a szakmai köztudatba (Korkeila, Kaarlas, Jaaskelainen, Vahlberg és Taiminen, 2010; Weinstein és Lejoyeux, 2010; Yeh, Lin, Tseng és Hwang, 2012). A két online játéssal foglalkozó kérdőív (POGQ és MOGQ) esetében még körültekintőbben jártunk el annak érdekében, hogy lehetőség szerint a jelenség valamennyi aspektusa megjelenjen ezekben az eszközökben. A POGQ megbízható alkalmazhatóságát továbbá offline adatfelvételi helyzetben és serdülő mintán is igazoltuk, míg az MOGQ versengő modellekkel való egybevetése a jövő feladata, aminek első jelei meg is mutatkoznak már (Graham és Gosling, 2013; Lafrenière, Verner-Filion és Vallerand, 2012).

Összességében tehát, a fenti kutatások alapján, mind a hat vizsgált területen megbízható és valid eszközök állnak rendelkezésünkre a jövőbeli kutatásokhoz.

### *Epidemiológiai eredmények: az egyes zavarok elterjedtsége*

A fenti kutatásoknak ugyan másodlagos, de igen fontos célja volt, hogy a megfelelő mérőeszközök adaptálása révén lehetővé tegyék, hogy képet nyerjünk ezen zavarok elterjedtségéről. A kapott prevalencia adatok hazai viszonylatban egyedülállónak mondhatók, de az OLAAP, illetve az ESPAD kutatások révén, több zavar esetében

nemzetközi viszonylatban is elsőként, illetve első között vizsgáltuk ezen jelenségek előfordulásának gyakoriságát reprezentatív mintákon.

A szerencsejáték függőség az egyetlen vizsgált jelenség, ahol saját vizsgálataink mellet (pontosabban azt követően) más is végzett hazai reprezentatív felmérést. Az Ipsos eredményei szerint a DSM-IV kritériumok alapján mért adatok szerint a felnőtt népesség 1,9%-a tekinthető problémás, s további 1,7% patológiás játékosnak, míg a CPGI alapján mérsékelt rizikófaktorú személynek mutatkozott 3,8%, függőnek pedig 1,2% (Ipsos, 2010). Ezen adatok nem térnek el jelentősen a 2007-es OLAAP adatoktól (1,9%, illetve 1,4%), s a különbségek feltételezhetően az eltérő módszertannak tulajdoníthatók. Ismételten számolva a módszertani különbségek esetleges hatásával, eredményeink azt is jelezték, hogy hazánk a szerencsejáték-probléma tekintetében, Európában a közepesen érintett országok közé tartozik (Kun és mtsai, 2012). A testedzésfüggőség (Mónok és mtsai, 2012) és a munkafüggőség esetében ugyanakkor hasonló összevetésre nincs módunk; ezeken a területeken, tudomásom szerint, nemzetközi viszonylatban is az OLAAP az első országos reprezentatív kutatás. A vásárlási kényszer (Kun és mtsai, 2009) esetében néhány kutatás készült Németországban, illetve az Egyesült Államokban (Koran és mtsai, 2006; Neuner és mtsai, 2005); ezekkel összehasonlításban a hazai adatok (2,3%) – igaz, más mérőeszközt alkalmazva – alacsonyabbnak bizonyultak. Ezen a területen bizonyos, hogy további kutatások szükségesek, fontosak lennének a trendek monitorozását lehetővé tevő felmérések, s különösen érdekesek lennének a kulturális összehasonlító vizsgálatok. Az internetfüggőség esetében (Koronczai és mtsai, 2011) egyedül Johansson és Götestam, (2004) közölt korábban reprezentatív adatokat, serdülő mintán, azonban kutatásukban a sokat kritizált Young-féle Diagnosztikus Kérdőívet használták. Az online játszás esetében szintén egy-egy nemzetközi felmérés készült csak korábban reprezentatív serdülő mintán (Gentile, 2009; Rehbein és mtsai, 2010), amelyek saját eredményeinkkel egybevágó adatokat szolgáltatottak (Pápay és mtsai, 2013).

Összességében elsősorban azt remélhetjük, hogy a standard mérőeszközök révén, elindulhat egy olyan törekvés, hogy a fenti jelenségeket mind a felnőtt, mind a serdülő népesség körében a jövőben ismétlődő módon, s ennek megfelelően majd prevalencia-trendeket is mérve tudjuk vizsgálni. Mint láttuk a bevezető részben, mind a hat területen elérhetőek speciális populációs prevalencia adatok, viszont a trendek monitorozását vagy a kulturális összehasonlítást lehetővé tevő (országos) reprezentatív minták szinte teljesen hiányoznak.

#### *A függőségi zavarok komponensei és ezek egymással való viszonya*

A fenti kutatások talán legfontosabb fókusz, a mérőeszközök kialakításához kapcsolódóan, a jelenségek tüneti szerveződésének feltárása, az egyes zavarok főbb jellemzői szerveződésének megismerése volt. A kémiaiszor-függőséget, a pszichoaktív szerdependenciát hét fő diagnosztikus kritérium jellemzi (American Psychiatric Association, 2000). Ezek a tolerancia, a megvonás, a szándékoltnál intenzívebb és/vagy hosszabb ideig tartó szerhasználat, a szerhasználat kontrollálásának (csökkentésének vagy abbahagyásának) sikertelensége, a jelentős időráfordítás, az egyéb aktivitások (foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek) csökkenése, sérülése, illetve a szerhasználat fennmaradása az állandó vagy visszatérő negatív – testi és lelki – következmények ellenére (5–1. táblázat).

Bár a patológiás játékszenvedélyt a DSM másik osztályban, az impulzuskontroll-zavarok között tarja számon, az átfedés a két zavar között szembeötlő. A kóros

játékszenvedély tíz lehetséges tünetéből három egy az egyben megfeleltethető a pszichoaktív-szer-dependencia egy-egy tünetének (megjegyzem, a pszichoaktív-szer-dependencia diagnózisához a hét felsorolt tünetből legalább háromnak kell teljesülnie, míg a kóros játékszenvedély esetében tízből legalább öt tünet jelenléte kell a diagnózishoz), s további két tünet is jelentősen átfed (lásd 5–1. táblázat). Így a tolerancia (egyre nagyobb mennyiségű kémiai anyag szükségessége) megfelelőjeként a játékszenvedély esetében *a kívánt izgalom eléréséhez az egyre nagyobb tétek megtételének szükségessége* jelenik meg. Mindkét zavar esetében diagnosztikus kritérium a megvonási tünetek jelenléte, mint ahogyan közös tüneti jellemző az ismételt sikertelen kísérletek a játék, illetve a másik esetben a szerhasználat kontrollálására, csökkentésére, abbahagyására is. A negyedik közös kritérium az idő tényező, azaz míg a szerhasználó jelentős időt fordít a szer megszerzésére és használatára, addig a szerencsejáték esetében a konkrét idői elfoglaltság mellett (tekintve, hogy a szerencsejáték kevésbé folyamatos tevékenység, mint a szerhasználat) ezen kritérium része a gondolati elfoglaltság, egyfajta obszesszív tünet is. Bár ennek kifejtése a DSM-ben nem hangsúlyos a pszichoaktív-szer-dependencia esetében, de valójában maximálisan jelen van a megvonás témakörében, illetve a sóvárgás jelenségében is. Utóbbi, karakterisztikus jellemzője valamennyi addikciónak, s elemzés tárgya, hogy önálló diagnosztikus kritériumként is megjelenjen a DSM-5-ben (Hasin, 2012; Hasin, Fenton, Beseler, Park és Wall, 2012). Végül, szintén átfedés mutatkozik abban a tüneti kritériumban, amely a szerhasználat esetében a *fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladását, csökkentését* emeli ki, míg a szerencsejáték esetében a munka, a tanulási, illetve karrier-lehetőségek vagy kapcsolatok elvesztésére utal. Újabban, a DSM-5 kialakításával kapcsolatosan végzett kutatások empirikus tapasztalatai alapján, felmerül, hogy a szerencsejáték függőségi zavar kritériuma ötről négy tényezőre csökkenjen, s a kritériumok tovább közelíthetők legyenek a két zavar esetében (Denis, Fatseas és Auriacombe, 2012), azonban a két jelenség markáns átfedése már a fentiek alapján is egyértelmű. Annál is inkább így van ez, mivel a két fent nem tárgyalt pszichoaktív-szer-dependencia kritérium (a szándékoltnál intenzívebb szerhasználat, illetve a viselkedés fennmaradása a kedvezőtlen következmények ellenére) nyilvánvaló és alapvető tüneti jellemzői a szerencsejáték-függőségnek is. A szerencsejáték-függőség további, fent még nem említett kritériumai részben valóban játék-specifikusak (veszteség hajszolása, másokra támaszkodva gondoskodik a szükséges pénzről), részben pedig olyan jellemzők, amelyek bár jellemzik a szerfüggőséget is, azonban nem diagnosztikus kritériumai annak. Ilyen például a hangulatmódosítás, amely, mint fentebb tárgyaltuk, a szelf-medikációs hipotézissel (Khantzian, 1985), a pszichodinamikus modellekkel (Wurmser, 1974) vagy épp a komorbiditás kutatásokkal (Berenz és Coffey, 2012; Buckner, Heimberg, Ecker és Vinci, 2012; Demetrovics, 2009) összhangban központi etiológiai faktor a szerhasználat kialakulásában, még, ha a diagnosztikus kritériumok között nem is szerepel.

A fenti elemzéseink, lévén a szerencsejáték-függőség mérőeszközei egydimenziós eszközök, a tüneti struktúrát illetően kevés támpontot adnak, a szerhasználattal való komorbiditást azonban saját eredményeink is megerősítették; valamennyi vizsgált szer esetében (lásd 4.4–4. táblázat).

5–1. táblázat Az egyes zavarok komponensei

Pszichoaktívser- dependencia (DSM-IV-TR)	Szerencsejáték- függőség (DSM-IV-TR)	Internet- függőség (PIUQ)	Online játék (POGQ)	Testedzés- függőség (EDS)	Munkafüggőség (WART)	Kényszeres vásárlás (CBS)	Kényszeres vásárlás (CSS)	Kényszeres vásárlás (QABB)	Komponens modell (Griffiths)
tolerancia	egyre nagyobb tétek			tolerancia					tolerancia
megvonás	megvonási tünetek	obszesszió	megvonás (obszesszió)	megvonás				(késztetés)	megvonás
a szándékoltnál intenzívebb, hosszabb használat		(kontrollzavar)	belefeledkezés	késztetés	(túlhajszoaltság)		(problémás vásárlás)		
sikertelen kontrollálás	sikertelen kontrollálás	(kontrollzavar)	túlhasználat	sikertelen kontrollálás					
idő	(szerencsejátékokkal való intenzív foglalkozás)			idő	(elhanyagolás)	(kényszeres vásárlás)			szaliencia
más aktivitások csökkenése, sérülése	(veszteségek a munkában, kapcsolatokban stb.)	elhanyagolás (kontrollzavar)	társas izoláció (belefeledkezés) (interperszonális konfliktus)	más aktivitások csökkenése	elhanyagolás		(problémás vásárlás)		szaliencia konfliktus
a viselkedés fennmaradása				a viselkedés fennmaradása					relapszus
	veszteségek (munka, kapcsolatok stb.)		társas izoláció					(társas következmények)	konfliktus (szaliencia)
	hangulatszabályozás								hangulat- módosítás
	hazugság, titkolózás	(kontrollzavar)					(problémás vásárlás)	(társas következmények)	(konfliktus)

Pszichoaktív- szer- dependencia (DSM-IV-TR)	Szerencsejáték- függőség (DSM-IV-TR)	Internet- függőség (PIUQ)	Online játék (POGQ)	Testedzés- függőség (EDS)	Munkafüggőség (WART)	Kényszeres vásárlás (CBS)	Kényszeres vásárlás (CSS)	Kényszeres vásárlás (QABB)	Komponens modell (Griffiths)
	veszteség utáni vadászat								
	illegális cselekmények								
	másokra támaszkodva gondoskodik a pénzről								
	szerencsejátékokkal való intenzív foglalkozás	obszesszió	obszesszió						
			interperszonális konfliktus					(társas következmények) (negatív következmények)	konfliktus
					kontroll				
					túlhajszoltság				
					impulzivitás	impulzív vásárlás	(problémás vásárlás)	(késztetés) (negatív következmények)	
						kényszeres vásárlás	(problémás vásárlás)		
							élvezet		

*Megjegyzés:* a zárójelben jelzett tünetek/komponensek részleges illeszkedést jeleznek.



A szerencsejáték-függőség és a szerhasználat rokon vonásai a fentiekén túl is meglehetősen feltártak, annál izgalmasabbak azonban a további öt vizsgált jelenséggel kapcsolatos eredményeink. Az internetfüggőség esetében a fent bemutatott kutatások egy háromdimenziós struktúrát mutattak. Az *obszesszió* skála az internetezéssel való gondolati elfoglaltságra utal egyrészt, de magába foglalja a megvonás tünetegyüttesét is (pl. *Milyen gyakran érzi nyugtalannak, feszültnek magát, ha nem internetezhetett annyit, amennyit szeretett volna?*) a konkrét megvonási tünetek vonatkozásában is, de általánosságban abban az értelemben is, hogy az internetezés hiányában ez a tevékenység foglalja le a gondolkodást, a fantáziavilágot. A *kontrollzavar* dimenzió a pszichoaktív-szer-használat kritériumai közül átfed a sikertelen kontrollálás kritériummal (pl. *Milyen gyakran van úgy, hogy szeretné csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?*), de a szándékoltnál intenzívebb használatra vonatkozó kritériummal is (pl. *Milyen gyakran veszi észre magán, amikor internetezik, hogy azt mondja: „csak még egy pár perc és abbahagyom?*), mint ahogy a szerencsejáték-függőség hazugság, titkolózás kritériumával is (*Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?*), mint ahogy általánosságban a veszteségek kritériummal is (*Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra?*). Ezt a dimenziót azonban elsősorban az internetfüggőség harmadik skálája, az *elhanyagolás* skála fedi (pl. *Milyen gyakran szenved hátrányt a munkája vagy a teljesítménye az internetezés miatt?*) (Detrovics és Koronczi, 2010).

Az online játszás vizsgálata során feltárt hat dimenzió szintén jól illeszkedik az eddig leírt addikciós modellekbe. A *megvonás* itt önálló skálát alkot, míg az *obszesszió* skála az internetfüggőség hasonló nevű skálájával vág egybe, illetve a szerencsejáték esetében a *játékkal való intenzív foglalkozás* kritériummal. A *belefeledkezés* dimenzió teljességében fedi azt, amit a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos dependencia esetében a szándékoltnál intenzívebb, hosszabb használatként (*Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted?*), s részben azt, amit az internetfüggőség esetében kontrollzavarként értelmezünk. Felbukkan azonban ebben a skálában még egy dimenzió, nevezetesen a *disszociáció* jelensége (*Milyen gyakran érzed úgy játék közben, mintha megállna az idő?*), amelyre a későbbiekben még visszatérek. A *túlhasználat* a kontrollálás sikertelenségére utal, s fedi tételeivel ezt a jelenséget (*Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?*), míg a *társas izoláció* dimenziója elsősorban a más aktivitások csökkenése (pszichoaktív-szer-dependencia), illetve a veszteségek (patológias játékszenvedély) kritériumokat tükrözi vissza. Érdekes végezetül az *interperszonális konfliktus* dimenziója (*Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnerreddel a játék miatt?*, illetve *Milyen gyakran panaszkodnak a környezetekben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?*), amennyiben, ez részben egybevág a más, fontos tevékenységek csökkenésére utaló kritériummal, illetve az internetfüggőség esetében az elhanyagolás faktor egy aspektusával, de önálló karakterrel is bír. Ez a dimenzió, amely egyrészt a környezet jelzéseit, másrészt a közvetlen környezettel megélt konfliktusokat foglalja magába, még, ha ebben a formában nem is jelenik meg a létező diagnosztikus kritériumrendszerekben, valójában a szűrő eszközök kulcskritériumaként szokott szerepelni. Akár, ha az egyik legelterjedtebb, összesen négy tételből álló CAGE kérdőívre gondolunk (Ewing, 1984), akár a tíz tételből álló AUDIT szűrőkérdéseire (Allen és mtsai, 1997) a hozzátartozó jelzése és aggodalma a probléma létezésének nagyon markáns jeleként kerül rögzítésre.

A testedzésfüggőség esetében két mérőeszközt is vizsgáltunk, s mindkettő, korábban javasolt struktúrája megerősítést nyert. Mindkét eszköz teoretikus kiindulását, az



egydimenziós, hat tételből álló EAI Griffiths (2005a) komponens modelljének hat dimenzióját fedi le egy-egy tétellel, míg az EDS (Hausenblas és Symons Downs, 2002b) a pszichoaktív-szer-dependencia hét diagnosztikus kritériumát ülteti át a testedzésfüggőség területére, három-három tétellel lefedve az egyes területeket. Mint láttuk a fentiekben, mindkét modell megerősítést nyert az elemzések során.

A vizsgált jelenségek közül talán a munkafüggőség a legspecifikusabb, amennyiben ez az a jelenség, amely még szélsőségesen túlzott mértékében is inkább elfogadott, sőt akár jutalmazott. Az itt azonosított négy dimenzió közül a fontos tevékenységek *elhanyagolása* illeszkedik egyértelműen az egyéb zavaroknál azonosított dimenziókhoz. Ugyanezt vagy ezzel rokon faktort – amely az adott viselkedés kiemelkedésére (szalienca) és más fontos tevékenységek háttérbe szorulására, sérülésére, elhanyagolására utal –, a vásárlásfüggőség kivételével valamennyi jelenség esetében kimutattuk. Az ugyanitt azonosított *kontroll* dimenzió ugyanakkor a munkafüggőségre specifikus, kényszeres jellegű dimenziónak tűnik (pl. *Ideges leszek, ha olyan helyzetbe kerülök, melyet nem tudok kontrollálni.*), csakúgy, mint a *túlhajszoatltság* faktor (pl. *Túlvállalom magam; több munkát vállallok el, mint amennyit el tudok végezni.*). A negyedik dimenzió, az impulzivitás külön rövid elemzést kíván, hiszen megint egy olyan jellemzőről van szó, amely alapvető háttérdimenziója valamennyi addiktív viselkedésnek, bár az előbb tárgyalt interperszonális konfliktushoz hasonlóan direkt módon nem jelenik meg a diagnosztikus kritériumrendszerekben. Mind a munkafüggőség, mind pedig a három vásárlási kényszer skála esetében önálló skálaként jelentkezett ez a dimenzió.

A kényszeres vásárlás esetében három skálát is vizsgáltunk. A CSS skála sajátos kétdimenziós struktúrája a rekreációs jellegű, élvezeti okokból végzett vásárlási dimenziót és a problémás vásárlást különíti el. Utóbbi, ennek megfelelően egy valójában sok különböző komponens integráló, 18-tételes skála, amely több korábban más jelenségeknél kimutatott dimenziót is lefed. Szintén kétdimenziós a CBS skála, amely a vásárlás kényszeres és impulzív jellemzőit különíti el. A háromdimenziós QABB *készítés* skálája utal a megvonási tünetekre, de nagyobb részt inkább az impulzív dimenziót fedi le. A *társas következmények* skála a társas veszteségekkel, s ily módon Griffiths modelljének a konfliktus dimenziójával, illetve a POGQ társas izoláció dimenziójával rokon, míg a *negatív következmények* skála szintén a *konfliktus* komponenssel áll leginkább kapcsolatban.

Mindezek alapján tehát, az egyes addikciók tüneti jellemzőit, háttérdimenzióit áttekintve (5–1. táblázat), azt kell mondanunk, hogy jelentős átfedés van a vizsgált hat dimenzió, valamint a rendelkezésre álló diagnosztikus és egyéb modellek struktúrájában. Az egyes jelenségek mellett, hogy hordoznak specifikus jegyeket is, számos jellemzőjükben hasonló mechanizmusokat rejtenek. Erre utal az egyes jelenségek közötti korrelációkat vizsgáló elemzés is (4.7–1. táblázat).

#### *Két kulcsdimenzió: impulzivitás és kényszeresség*

A fentiek során ugyanakkor több olyan dimenzióra is utaltunk, amelyek közös háttérdinamikái lehetnek az addiktív viselkedéseknek. Ezek közül az impulzivitás és a kényszeresség (el-Guebaly, Mudry, Zohar, Tavares és Potenza, 2012; Yi, 2012) emelkedik ki a szakirodalomban és a fenti vizsgálatokban is. Mint láttuk (4.1–7. ábra) a problémás internethasználattal a pszichotizmus mellett az impulzivitás mutatta a legszorosabb kapcsolatot; igaz, a kényszeresség itt csak alacsony, nem szignifikáns kapcsolatot mutatott. A problémás online játék esetében némiképp fordított helyzet mutatkozott (4.2–5. ábra), azaz a legszorosabb kapcsolatot a kényszeresség mutatta, míg a szenzoros élménykereséssel

való kapcsolat nem volt szignifikáns. Előbbi vonatkozásában, meg kell azonban jegyezni, hogy az internetfüggőség és a kényszeresség közötti kapcsolat eredendően magas volt, a modellben a kovarianciák miatt szorult csak háttérbe a kényszeresség szerepe.

A disszertáció talán legfontosabb eredményét is ezen két dimenzióval kapcsolatosan kaptuk. Mint láttuk, Hollander (1993) a különböző viselkedéseket egy egydimenziós, a kényszerességtől (kockázatkerülés) az impulzivitásig (kockázatkeresés) terjedő kontinuumon képzelte el. A fentiekben azonban ezt a két végpontot két külön dimenzióként értelmezve, azt az eredményt kaptuk, hogy az egyes viselkedési addikciók így egyrészt pontosabban leírhatók, másrészt, a fenti modellel szemben láthatjuk, hogy a probléma súlyosbodásával mind a kényszeresség, mind pedig az impulzivitás nő. Ez az eredmény ráadásul egymástól független mintákon, s valamennyi vizsgált addikciós jelenség esetében igazolást nyert, ami egyben az addikciók integratív szemlélete melletti érvként is fontos tapasztalat. Bizonyos hangsúlyeltolódások is megjelennek ugyanakkor, így a fent idézett eredménnyel összhangban, amely szerint az online játszásban a kényszeresség kiemeltebb szerepet kap (4.2–5. ábra), ezt a viselkedést a kényszer-impulzivitás kétdimenziós mátrixban elhelyezve is azt látjuk, hogy a probléma súlyosbodásával a kényszeresség lényegesen nagyobb mértékben nő, mint az impulzivitás (bár utóbbi növekedése is szignifikáns) (4.8–2. ábra). Ugyanezt jelzi az EDS-sel mért testedzésfüggőség esetében az OLAAP minta (4.8–1. ábra), de ugyanakkor az EAI alkalmazásával, illetve mindkét mérőeszközzel a speciális, testedzők körében nyert minta esetében (4.8–2. ábra) már az impulzivitás és a kényszeresség párhuzamos növekedését figyelhetjük meg; sőt az EAI esetében inkább az impulzivitás növekedése kifejezett. Ezt a fajta meredekséget tovább vizsgálva, ahol a meredekebb (45 fokosnál nagyobb mértékű) növekedés azt fejezi ki, hogy a probléma súlyosbodása inkább magas impulzivitással, mintsem kényszerességgel jár együtt), azt láthatjuk, hogy a legmeredekebb görbét a szerencsejáték esetében kapjuk, mindkét minta esetében, ami egybevág azokkal a megfigyelésekkel, amelyek ezen addikció esetében kritikusnak tekintik ezt a dimenziót (Karim és Chaudhri, 2012). De 45 fokosnál meredekebb a görbe a kényszeres vásárlás esetében is.

A meredekségnél is fontosabb eredmény azonban, hogy valamennyi jelenség egyöntetűen ugyanazt a tendenciát mutatja, továbbá, hogy míg a nem problémás csoportok valamennyi jelenség és valamennyi minta esetében átlag alatti értékeket mutatnak mind az impulzivitás, mind a kényszeresség tekintetében (az egyetlen kivétel a kényszeres vásárlás esetében az átlagot két századdal meghaladó impulzivitás érték (4.8–1. táblázat), addig a problémás csoportok valamennyi jelenség és valamennyi minta esetében, mind a kényszeresség, mind pedig az impulzivitás vonatkozásában az átlagot meghaladó és a problémamentes csoportokhoz képest szignifikánsan magasabb értékeket mutatnak. Az egyetlen kivétel itt a munkafüggőség, amely esetében a szignifikánsan magasabb impulzivitás és kényszeresség szempontja teljesül a problémamentes csoporttal összehasonlításban, azonban abszolút értéken a kényszeresség épp csak meghaladja az átlagot (0,09), míg az impulzivitás nem éri el azt (–0,09). Úgy tűnik tehát, hogy a munkafüggőség valamelyest kilóg a sorból, s bár súlyosabb előfordulása megemelkedett impulzivitással és kényszerességgel jár, ezek az értékek azonban még mindig a populációs átlag körül vannak. Valamennyi egyéb zavar esetében azonban az átlagot meghaladó mértékű mind a kényszeresség, mind az impulzivitás szintje.

*A disszociáció szerepe az addiktív zavarokban*

A fentiek során többször felbukkant a disszociáció kérdésköre, valójában azonban az empirikus munka e disszertáció keretében nem tért ki erre a jelenségre. Röviden ennek ellenére, sőt, talán pontosan ezért is (azaz hangsúlyozva, hogy ez a hiány nem a disszociáció kérdésköre irrelevanciájának szól, hanem egyszerűen az attól eltérő fókuszról), érdemes megemlékezni erről a dimenzióról, amely egyébként általánosan véve is igen mostohán kezelt dimenzió az addiktológiai szakirodalomban. A diagnosztikus kritériumokban direkt módon sem a pszichoaktív szer dependencia, sem pedig a szerencsejáték-függőség esetében nem jelenik meg ez a dimenzió (American Psychiatric Association, 2000), annak ellenére, hogy valójában az addikciók egyik központi tünetét jelenti. Bár változó mértékben és módon, de valamennyi szerhasználati forma egy módosult tudatállapot elérését célozza, azaz tulajdonképp egy olyan disszociatív állapotot, amely eltérést jelent a mindennapokhoz képest, s ez a jelenség nagyon hasonló a viselkedési addikciók esetében is. Bár a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos irodalom a disszociáció kapcsán többnyire inkább a korai traumák szerepével foglalkozik (Schafer és mtsai, 2007; Somer, Altus és Ginzburg, 2010), a jelenség ettől függetlenül is felmerül (Jacobs, 1988; Khantzian, 1999; Langeland, Draijer és van den Brink, 2002; Wurmser, 1995). A viselkedési addikciók esetében főképp a szerencsejáték vonatkozásában (Balázs és mtsai, 2009), de az internetfüggőséggel kapcsolatosan (Bernardi és Pallanti, 2009; Canan, Ataoglu, Ozcetin és Icmeli, 2012), az online játékokra vonatkozóan (Hussain és Griffiths, 2009) és a szexuális addikciók esetében is (Ross, 2008) igazolták a disszociáció szerepét; még, ha e kutatások szórványosak is. A fentiek elemzéseiben, elsősorban a POGQ kérdőív *belefeledkezés* dimenziójában volt tetten érhető a disszociatív törekvés, azonban hipotézisként, s a jövőbeli kutatások feladatául mindenképp érdemes ennek a dimenzióknak több figyelmet szentelni.

*A viselkedési addikciók köre*

Részben a munkafüggőséggel kapcsolatos eredmények révén, de ezektől függetlenül is fölmerül a kérdés, hogy vajon meddig bővíthető a viselkedési addikciók köre, mely zavarokat kell integrálnunk ebbe spektrumba, s melyek nem tartoznak ide. Ez a kérdés ugyan jelen disszertáció keretében bizonyosan nem megválaszolható, s ez nem is volt célja e disszertációnak, azonban a diszkusszió részeként fontos és érdemes regisztrálnunk ezt, a viselkedési addikciók jövőbeli kutatása szempontjából mindenképp igen releváns problémát.

A munkafüggőség konkrét esetét tekintve, a fenti eredmények alapján elmondhatjuk, hogy még, ha ez a jelenség valamelyest eltéréseket is mutat a többi zavartól, alapmechanizmusában a rokonság egyértelmű. A potenciális viselkedési addikciók köre nagyon heterogén, s ez mindenképp azt jelenti, hogy a hasonló jellemzők mellett, amelyekből a fentiek során többet sikerült azonosítanunk, számos specifikus jellemző is jelen van. Ráadásul az egyes jelenségek jelentősen eltérhetnek *addikciós potenciáljukat* és *társadalmi elfogadottságukat* illetően. Mindkét tényező meghatározó lehet a jövőben abból a szempontból, hogy az egyes jelenségek bekerülnek-e majd a diagnosztikus rendszerekbe, azaz önálló betegségként vagy más betegségek tüneteiként fogjuk őket számon tartani. A társadalmilag elfogadottabb, sőt sok esetben jutalmazott munkafüggőség e tekintetben talán kevésbé sikeres kandidáns lesz, mint sok más zavar. Az addikciós potenciál és a társadalmi elfogadottság mellett az egyes zavarok – az egyén, illetve környezete szempontjából felmerülő – *ártalmassága* egy további központi szempont még a betegségként való megítélésben, míg az önálló, *más zavaroktól jól elkülönülő tüneti kép* (azaz, hogy más, már

meglévő zavar nem magyarázza-e jobban a jelenséget) szintén egy fontos kritérium kell legyen. A közeljövő kutatásai mindazonáltal várhatóan még nem az egyes zavarok önállóvá válása körül fognak forogni. Ahhoz, hogy ez egyáltalán felmerülhessen, szinte valamennyi potenciális viselkedési addikcióval kapcsolatosan nagyon jelentős kutatási restanciát kell ledolgozni a tüneti kép, a mérőeszközök, a komorbiditás és az etiológia terén.

## 6 KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JÖVŐBELI FELADATOK

A szakirodalom áttekintése, csakúgy, mint a fentiekben bemutatott empirikus eredmények egyaránt megerősítik, hogy a különböző addiktív jellegű zavarokat érdemes egy közös spektrum részeként, egységes keretben kezelni. A fent tárgyalt hat zavar és néhány további jelenség egyértelműen több közös, mint egymástól eltérő tüneti jellegzetességet mutat, egymással magas komorbiditást jeleznek, s bár a további kutatások nélkülözhetetlenek, de úgy tűnik, hogy genetikai, neurobiológiai és pszichológiai okaikban is számos közös elemet azonosíthatunk (Grant és mtsai, 2010; Karim és Chaudhri, 2012).

A megválaszolatlan kérdések és előttünk álló feladatok azonban számosabbak, mint az eddigi eredmények. Jelen disszertáció eredményei, úgy vélem hozzájárulhatnak a vizsgált hat addikciós zavar tüneti képének megismeréséhez, s ezek mérésének megalapozásához, sőt a súlyossági csoportok elkülönítéséhez is. A vizsgált jelenségek betegségként történő értelmezéséhez és az ezzel kapcsolatos diagnosztikus eszközök és kritériumok pontos definiálásához azonban a jövőben elengedhetetlen a most kialakított eszközök, s esetleges további kérdőívek és interjúmódszerek klinikai mintákon történő alkalmazása. Mint fentebb kitértem erre, a gyakran társadalmilag is elfogadott jelenségek esetében (de természetesen a többi zavar esetében is) fontos tisztázni, hogy hol van az orvosi, pszichológusi beavatkozást igénylő probléma határa (Fong, Reid és Parhami, 2012); s ehhez a klinikai minták elemzése elengedhetetlen. A fenti eredmények kiindulópontot jelenthetnek ezen diagnosztikus határvonalak megvonásához, amint azonban jeleztük a 4.1.2 fejezetben az eszközök klinikai mintán történő validálásá egy további szükséges lépés (Koronczai és mtsai, 2011).

Szintén a jövő feladata a kulturális különbségek elemzése. Ez a terület a kémiai addikciók esetében is alulvizsgált, annak ellenére, hogy számtalan eredmény igazolja, hogy a társadalmi-kulturális kontextus alapvetően meghatározza az addikciók természetét és alakulását (Demetrovics, 2012). Jelen disszertáció csak egyetlen rövid elemzés erejéig tért ki kultúrközi aspektusokra (Koronczai és mtsai, 2013), a jövő egyik fontos feladata azonban egyrészt a mérőeszközök kultúrközi validálása lesz, másrészt annak vizsgálata, hogy az egyes viselkedési addikciók milyen kulturális varianciát mutatnak, s mennyiben, illetve mi módon határozzák meg őket kulturális dimenziók.

## 7 IRODALOM

- Abbott, M. W., Volberg, R. A. (1996). The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 143–160.
- Aboujaoude, E., Koran, L. M., Gamel, N., Large, M. D., Serpe, R. T. (2006). Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectrums*, 11, 750–755.
- Abrams, K., Kushner, M. G. (2004). Behavioral understanding. In J. E. Grant, M. N. Potenza (szerk.), *Pathological Gambling. A clinical guide to treatment*. (pp. 113–126): American Psychiatric Publishing, Inc.
- Albanese, P. J. (1988). The intimate relations of the consistent consumer: Psychoanalytic object relations theory applied to economics. In P. J. Albanese (szerk.), *Psychological foundations of economic behavior* (pp. 59–79). New York: Praeger.
- Allegre, B., Therme, P., Griffiths, M. D. (2007). Individual factors and the context of physical activity in exercise dependence: A prospective study of ‘ultra-marathoners’. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5, 233–243.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.
- Altman, D. G., Bland, J. M. (1994a). Diagnostic tests 2: Predictive values. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309, 102.
- Altman, D. G., Bland, J. M. (1994b). Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 308, 1552.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IV. Text revision. A DSM-IV módosított szövege*. Budapest: Animula Kiadó.
- Andreassen, C., Griffiths, M. D., Gjertsen, S. R., Krossbakken, E., Kvam, S., Pallesen, S. (2013). The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality. *Journal of Behavioral Addictions*, 2, (in press).
- Arbuckle, J. L. (1997). *Amos Users’ Guide Version 3.6*. Chicago, IL: Smallwaters Corporation.
- Armstrong, L., Phillips, J. G., Saling, L. L. (2000). Potential determinants of heavier Internet usage. *International Journal of Human Computer Studies*, 53, 537–550.
- Aziz, S., Zickar, M. J. (2006). A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 52–62.
- Babor, T. F., Biddle-Higgins, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Babusa, B., Urbán, R., Czeglédi, E., Túry, F. (2012). Psychometric properties and construct validity of the Muscle Appearance Satisfaction Scale among Hungarian men. *Body Image*, 9, 155–162.
- Bagozzi, R. P., Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16, 74–94.

- Balázs, H., Kun, B., Demetrovics, Z. (2009). A kóros játékszenvedély típusai. *Psychiatria Hungarica*, 24, 238–247.
- Balázs, H., Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). Kóros játékszenvedély. In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV* (pp. 43–75). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Bamber, D. J., Cockerill, I. M., Carroll, D. (2000). The pathological status of exercise dependence. *Br J Sports Med*, 34, 125–132.
- Bamber, D. J., Cockerill, I. M., Rodgers, S., Carroll, D. (2000). "It's exercise or nothing": a qualitative analysis of exercise dependence. *Br J Sports Med*, 34, 423–430.
- Bamber, D. J., Cockerill, I. M., Rodgers, S., Carroll, D. (2003). Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med*, 37, 393–400.
- Barnett, J., Coulson, M. (2010). Virtually real: A psychological perspective on massively multiplayer online games. *Review of General Psychology*, 14, 167–179.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9, 191–198.
- Barratt, E. S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Reports*, 16, 547–554.
- Barth, D. (2000). When eating and shopping are companion disorders. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 268–287). New York: Aronson.
- Bartle, R. (1996). Hearts, clubs, diamonds, spades: players who suit MUDs. *Journal of MUD Research*, 1.
- Bartle, R. (2003). *Designing virtual worlds*. Indianapolis: New Riders Press.
- Bartz, J. A., Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 338–352.
- Basson, C. J. (2001). Personality and behaviour associated with excessive dependence on exercise: Some reflections from research. *South African Journal of Psychology*, 31, 53–59.
- Batthyany, D., Muller, K. W., Benker, F., Wolfling, K. (2009). [Computer game playing: clinical characteristics of dependence and abuse among adolescents]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 121, 502–509.
- Bayraktar, F., Gun, Z. (2007). Incidence and correlates of Internet usage among adolescents in North Cyprus. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 191–197.
- Beard, K. W. (2005). Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 7–14.
- Beard, K. W., Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 377–383.
- Bech, P., Gudex, C., Johansen, K. S. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183–190.
- Belk, R. (2000). Are we what we own? In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 76–104). New York: Aronson.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Equation Models. *Psychological Bulletin*, 107, 238–246.
- Berczik, K., Szabo, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urban, R., Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use and Misuse*, 47, 403–417.

- Berenz, E. C., Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14, 469–477.
- Berger, U., Wick, K., Hölling, H., Schlack, R., Bormann, B., Brix, C., Sowa, M., Schwartz, D., Straub, B. (2011). Screening of Disordered Eating in 12-Year-Old Girls and Boys: Psychometric Analysis of the German Versions of SCOFF and EAT-26. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61, 311–318.
- Bergh, C., Kühlhorn, E. (1994). Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. *Journal of Gambling Studies*, 10, 275–285.
- Berglas, S. (2004). Treating Workaholism. In R. H. Coombs (szerk.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* (pp. 383–410). US: John Wiley & Sons, Inc.
- Bergler, E. (1943). The gambler: A misunderstood neurotic. *Journal of Criminal Pathology*, 4, 379–393.
- Bergler, E. (1957). *The psychology of gambling*. New York: International Universities Press.
- Bernardi, S., Pallanti, S. (2009). Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 510–516.
- Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Bessière, K., Kiesler, S., Kraut, R., Boneva, B. S. (2008). Effects of Internet Use and Social Resources on Changes in Depression. *Information, Communication & Society*, 11, 47–70.
- Biddle, S. J., Gorely, T., Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *J Sports Sci*, 22, 679–701.
- Billieux, J., Chanal, J., Khazaal, Y., Rochat, L., Gay, P., Zullino, D., Van der Linden, M. (2011). Psychological Predictors of Problematic Involvement in Massively Multiplayer Online Role-Playing Games: Illustration in a Sample of Male Cybercafé Players. *Psychopathology*, 44, 165–171.
- Billieux, J., Rochat, L., Rebetez, M. M. L., Van der Linden, M. (2008). Are all facets of impulsivity related to self-reported compulsive buying behavior? *Personality and Individual Differences*, 44, 1432–1442.
- Bioulac, S., Arfi, L., Bouvard, M. P. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder and video games: A comparative study of hyperactive and control children. *European Psychiatry*, 23, 134–141.
- Black, D. W. (2001). Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 15, 17–27.
- Black, D. W. (2007). Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectrums*, 12, 124–132.
- Black, D. W., Monahan, P., Schlosser, S., Repertinger, S. (2001). Compulsive buying severity: an analysis of Compulsive Buying Scale results in 44 subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 123–126.
- Black, D. W., Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434–1439.
- Black, D. W., Repertinger, S., Gaffney, G. R., Gabel, J. (1998). Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 155, 960–963.



- Blair, S. N., Kohl, H. W., 3rd, Paffenbarger, R. S., Jr., Clark, D. G., Cooper, K. H., Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *Jama*, 262, 2395-2401.
- Blaszczynski. (2008). Commentary: A Response to "Problems with the Concept of Video Game "Addiction": Some Case Study Examples". *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 179–181.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24, 337–350.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487–499.
- Blaydon, M. J., Lindner, K. J. (2002). Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eat Disord*, 10, 49-60.
- Blaydon, M. J., Lindner, K. J., Kerr, J. H. (2004). Metamotivational characteristics of exercise dependence and eating disorders in highly active amateur sport participants. *Pers Individ Dif*, 36, 1419-1432.
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of psychiatry*. New York: MacMillan.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J., Comings, D. E. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 Suppl, i–iv, 1–112.
- Blum, K., Chen, A. L., Braverman, E. R., Comings, D. E., Chen, T. J., Arcuri, V., Blum, S. H., Downs, B. W., Waite, R. L., Notaro, A., Lubar, J., Williams, L., Prihoda, T. J., Palomo, T., Oscar-Berman, M. (2008). Attention-deficit-hyperactivity disorder and reward deficiency syndrome. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4, 893–918.
- Blum, K., Chen, A. L., Giordano, J., Borsten, J., Chen, T. J., Hauser, M., Simpatico, T., Femino, J., Braverman, E. R., Barh, D. (2012). The addictive brain: all roads lead to dopamine. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 134–143.
- Blum, K., Chen, A. L., Oscar-Berman, M., Chen, T. J., Lubar, J., White, N., Bowirrat, A., Braverman, E., Schoolfield, J., Waite, R. L., Downs, B. W., Madigan, M., Comings, D. E., Davis, C., Kerner, M. M., Knopf, J., Palomo, T., Giordano, J. J., Morse, S. A., Fornari, F., Barh, D., Femino, J., Bailey, J. A. (2011). Generational association studies of dopaminergic genes in reward deficiency syndrome (RDS) subjects: selecting appropriate phenotypes for reward dependence behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 4425–4459.
- Blum, K., Chen, T. J., Meshkin, B., Downs, B. W., Gordon, C. A., Blum, S., Mengucci, J. F., Braverman, E. R., Arcuri, V., Varshavskiy, M., Deutsch, R., Martinez-Pons, M. (2006). Reward deficiency syndrome in obesity: a preliminary cross-sectional trial with a Genotrim variant. *Advances in Therapy*, 23, 1040–1051.
- Blum, K., Gardner, E., Oscar-Berman, M., Gold, M. (2012). "Liking" and "wanting" linked to Reward Deficiency Syndrome (RDS): hypothesizing differential responsivity in brain reward circuitry. *Current Pharmaceutical Design*, 18, 113–118.
- Blum, K., Sheridan, P. J., Wood, R. C., Braverman, E. R., Chen, T. J., Comings, D. E. (1995). Dopamine D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour. *Pharmacogenetics*, 5, 121–141.
- Blume, S. B. (1997). Pathological Gambling. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, J. G. Langrod (szerk.), *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook* (pp. 330–337). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Blumenthal, J. A., O'Toole, L. C., Chang, J. L. (1984). Is running an analogue of anorexia nervosa? An empirical study of obligatory running and anorexia nervosa. *JAMA*, 252, 520–523.
- Bolen, D. W., Boyd, W. H. (1968). Gambling and the gambler. A review and preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 18, 617–630.
- Borg, G. (1998). *Borg's Perceived Exertion and Pain Scale*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Boundy, D. (2000). When money is the drug. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 3–26). New York: Aronson.
- Brenner, V. (1997). Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychological Reports*, 80, 879–882.
- Brewer, J. A., Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology*, 75, 63–75.
- Brown, R. I. F. (1991). Gaming, gambling and other addictive play. In J. H. Kerr, M. J. Apter (szerk.), *Adult play: A reversal theory approach* (pp. 101–118). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Brown, R. I. F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W. R. Eadington, J. A. Cornelius (szerk.), *Gambling behavior and problem gambling* (pp. 241–272). Reno, NV: University of Nevada Press.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., White, K. S., Barlow, D. H. (2005). A psychometric reanalysis of the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 337–355.
- Browne, M. V., Cudek, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, J. S. Long (szerk.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Ecker, A. H., Vinci, C. (2012). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depression and Anxiety*.
- Burke, R. J. (1999). Workaholism among women managers: Work and life satisfactions and psychological well-being. *Equal Opportunities International*, 18, 25–35.
- Burke, R. J. (2000). Workaholism in organizations: Concepts, results and future research directions. *International Journal of Management Research*, 2, 1–19.
- Burke, R. J. (2001). Workaholism Components, Job Satisfaction, and Career Progress. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 2339–2356.
- Burke, R. J., Matthiesen, S. B., Pallesen, S. (2006). Personality correlates of workaholism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1223–1233.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming (2nd Ed.)*. New York: Routledge.
- Byun, S., Ruffini, C., Mills, J. E., Douglas, A. C., Niang, M., Stepchenkova, S., Lee, S. K., Loutfi, J., Lee, J. K., Atallah, M., Blanton, M. (2009). Internet addiction: metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 203–207.
- Campbell-Sills, L., Liverant, G. I., Brown, T. A. (2004). Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*, 16, 244–254.

- Campbell, C. (2000). Shopaholics, spendaholics and the question of gender. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 57–75). New York: Aronson.
- Canan, F., Ataoglu, A., Ozcetin, A., Icmeli, C. (2012). The association between Internet addiction and dissociation among Turkish college students. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 422–426.
- Canbaz, S., Sunter, A. T., Peksen, Y., Canbaz, M. A. (2009). Prevalence of the Pathological Internet Use in a Sample of Turkish School Adolescents. *Iranian Journal of Public Health*, 38, 64–71.
- Cao, F., Su, L., Liu, T., Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22, 466–471.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553–575.
- Caplan, S. E. (2005). A Social Skill Account of Problematic Internet Use. *Journal of Communication*, 55, 721–736.
- Caplan, S. E. (2007). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 234–242.
- Caplan, S. E., Williams, D., Yee, N. (2009). Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players. *Computers in Human Behavior*, 25, 1312–1319.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16–27.
- Castle, D. J., Phillips, K. A. (2006). Obsessive-compulsive spectrum of disorders: a defensible construct? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 114–120.
- Chan, E., Vorderer, P. (2006). Massively multiplayer online games. In P. Vorderer, J. Bryant (szerk.), *Playing video games: Motives, responses, and consequences* (pp. 77–88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chan, P. A., Rabinowitz, T. (2006). A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of general psychiatry*, 5, 16.
- Chang, M. K., Law, S. P. M. (2008). Factor structure for Young's Internet Addiction Test: A confirmatory study. *Computers in Human Behavior*, 24, 2597–2619.
- Chapman, C. L., De Castro, J. M. (1990). Running addiction: measurement and associated psychological characteristics. *J Sports Med Phys Fitness*, 30, 283–290.
- Chappell, D., Eatough, V., Davies, M., Griffiths, M. D. (2006). EverQuest - It's Just a Computer Game Right? An Interpretative Phenomenological Analysis of Online Gaming Addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 205–216.
- Charlton, J. P. (2002). A factor-analytic investigation of computer 'addiction' and engagement. *British Journal of Psychology*, 93, 329–344.
- Charlton, J. P., Danforth, I. D. W. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior*, 23, 1531–1548.
- Charlton, J. P., Danforth, I. D. W. (2010). Validating the distinction between computer addiction and engagement: online game playing and personality. *Behaviour & Information Technology*, 29, 601–613.

- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14, 464–504.
- Cheung, G. W., Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233–255.
- Cheung, L. M., Wong, W. S. (2011). The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis. *Journal of Sleep Research*, 20, 311–317.
- Cho, S. C., Kim, J. W., Kim, B. N., Lee, J. H., Kim, E. H. (2008). Biogenetic temperament and character profiles and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in Korean adolescents with problematic Internet use. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 735–737.
- Choi, D. S., Kim, J. (2004). Why people continue to play online games: In search of critical design factors to increase customer loyalty to online contents. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 11–24.
- Chou, C., Condrón, L., Belland, J. C. (2005). A review of the research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*, 17, 363–388.
- Chou, T. J., Ting, C. C. (2003). The role of flow experience in cyber-game addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 663–675.
- Christenson, G. A., Faber, R. J., de Zwaan, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., Ekern, M. D., Mackenzie, T. B., Crosby, R. D., Crow, S. J., Eckert, E. D., et al. (1994). Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5–11.
- Clark, D. J., Frith, K. H., Demi, A. S. (2004). The physical, behavioral, and psychosocial consequences of Internet use in college students. *Computers, Informatics, Nursing*, 22, 153–161.
- Clark, L. A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Irish, S. L. (1996). Convergence of two systems for assessing specific traits of personality disorder. *Psychological Assessment*, 8, 294–303.
- Clark, L. A., McEwen, J. L., Collard, L. M., Hickok, L. G. (1993). Symptoms and traits of personality disorder: Two new methods in their assessment. *Psychological Assessment*, 5, 81–91.
- Clark, N., Scott, P. S. (2009). *Game Addiction: The Experience and the Effects*. Jefferson, North Carolina: McFarland & Company, Inc.
- Cloninger, C., Przybeck, T., Svrakic, D., Wetzel, R. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990.
- Cockerill, I. M., Riddington, M. E. (1996). Exercise dependence and associated disorders: A review. *Couns Psychol Q*, 9, 119.
- Coen, S. P., Ogles, B. M. (1993). Psychological characteristics of the obligatory runner: A critical examination of the anorexia analogue hypothesis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 338–354.

- Cole, H., Griffiths, M. D. (2007). Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 575–583.
- Collins, L. M., Lanza, S. T. (2010). *Latent class and latent transition analysis*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Comings, D. E., Blum, K. (2000). Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Progress in Brain Research*, 126, 325–341.
- Cook, B., Hausenblas, H., Rossi, J. (2013). The Moderating Effect of Gender on Ideal-Weight Goals and Exercise Dependence Symptoms. *Journal of Behavioral Addictions*, 2, (in press).
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990–1005.
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costes, J. M. (2007). *Cannabis, données essentielles*. Saint-Denis: OFDT.
- Cox, W. M., Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168–180.
- Crockford, D. N., el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43–50.
- Cronk, B. C., West, J. L. (2002). Personality research on the Internet: a comparison of Web-based and traditional instruments in take-home and in-class settings. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 34, 177–180.
- Culleton, R. P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *Journal of gambling behavior*, 5, 22–41.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., 3rd, Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093–1096.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., Ben-Abdallah, A. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, 16, 347–376.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Womack, S. B. (2004). Epidemiology. In J. E. Grant, M. N. Potenza (szerk.), *Pathological Gambling. A clinical guide to treatment* (pp. 25–36): American Psychiatric Publishing, Inc.
- Csigó, K., Harsányi, A., Demeter, G. (2010). Kényszerbetegség. In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- d'Astous, A. (1990). An inquiry into the compulsive side of “normal” consumers. *Journal of Consumer Policy*, 13, 15–31.
- d'Astous, A., Maltais, J., Roberge, C. (1990). Compulsive Buying tendencies of adolescent consumers. *Advances in Consumer Research*, 17, 306–312.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Aizer, A., Kotler, M. (2006). Pathological gambling: comorbid psychiatric diagnoses in patients and their families. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43, 88–92.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E., Kotler, M. (2006). Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an

- underrecognized psychiatric disorder. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8, 334–339.
- Dauriat, F. Z., Zermatten, A., Billieux, J., Thorens, G., Bondolfi, G., Zullino, D., Khazaal, Y. (2011). Motivations to Play Specifically Predict Excessive Involvement in Massively Multiplayer Online Role-Playing Games: Evidence from an Online Survey. *European Addiction Research*, 17, 185–189.
- Davis, C., Brewer, H., Ratusny, D. (1993). Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. *J Behav Med*, 16, 611–628.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ralevski, E., Dionne, M., Brewer, H., Neitzert, C., Ratusny, D. (1995). Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *J Psychosom Res*, 39, 967–976.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195.
- Davis, R. A., Flett, G. L., Besser, A. (2002). Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for preemployment screening. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 331–345.
- Davison, T. E., McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *Journal of Social Psychology*, 146, 15–30.
- De Berardis, D., D'Albenzio, A., Gambi, F., Sepede, G., Valchera, A., Conti, C. M., Fulcheri, M., Cavuto, M., Ortolani, C., Salerno, R. M., Serroni, N., Ferro, F. (2009). Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and internet addiction in a nonclinical sample. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 67–69.
- de Coverley Veale, D. M. (1987). Exercise dependence. *Br J Addict*, 82, 735–740.
- De Prato, G., Feijóo, C., Nepelski, D., Bogdanowicz, M., Simon, J. P. (2010). *Born Digital/Grown Digital: Assessing the future competitiveness of the EU video games software industry*. Publication office of the European Union.
- Delfabbro, P. H., Winefield, A. H., Anderson, S., Hammarström, A., Winefield, H. (2011). Body image and psychological well-being in adolescents: the relationship between gender and school type. *Journal of Genetic Psychology*, 172, 67–83.
- Dell'Osso, B., Allen, A., Altamura, A. C., Buoli, M., Hollander, E. (2008). Impulsive-compulsive buying disorder: clinical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 259–266.
- Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D., Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 464–475.
- Demetrovics Zs. (2007a). *Drog, család, személyiség*. Budapest: L'Harmattan.
- Demetrovics Zs. (2007b). *A droghasználat funkciói*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Demetrovics, Z. (2008a). Hungary. In G. Meyer, T. Hayer, M. D. Griffiths (szerk.), *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions* (pp. 123–136). New York: Springer.
- Demetrovics Zs. (2008b). Szerencsejáték és kóros játékszenvedély Magyarországon. *Psychiatria Hungarica*, 23, 336–348.
- Demetrovics, Z. (2009). Co-morbidity of drug addiction: An analysis of epidemiological data and possible etiological models. *Addiction Research & Theory*, 17, 420–431.

- Demetrovics Zs. (2010a). A megszaladás jelenségének szerepe az addiktológiai zavarok értelmezésében. In V. Csányi, Á. Miklósi (szerk.), *Fékevesztett evolúció. Megszaladási jelenségek az emberi evolúcióban* (pp. 135–160). Budapest: Typotex.
- Demetrovics, Z. (2010b). Opiate addiction: balancing pain and pleasure. In T. Decorte, J. Fountain (szerk.), *Pleasure, pain and profit* (pp. 55–66). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Demetrovics Zs. (2011). Az addiktológiai zavarok spektrumszemlélete. In N. Császár-Nagy, Z. Demetrovics, A. Vargha (szerk.), *A klinikai pszichológia horizontja* (pp. 697–706). Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem – L'Harmattan Kiadó.
- Demetrovics Zs. (2012). Az addikciók orvosi antropológiája. In I. Lázár, B. Pikó (szerk.), *Orvosi antropológia* (pp. 305–315). Budapest: Medicina.
- Demetrovics, Z., Griffiths, M. D. (2012). Behavioral addictions: Past, present and future. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 1–2.
- Demetrovics Zs., Koronczai B. (2010). Az internetfüggőség néhány pszichológiai vonatkozása. In J. Talyigás (szerk.), *Az internet a kockázatok és mellékhatások tekintetében* (pp. 121–132). Budapest: Scholar Kiadó.
- Demetrovics Zs., Kun B. (2007). Viselkedési addikciók. In Zs. Demetrovics (szerk.), *Az addiktológia alapjai I* (pp. 133–225). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.). (2010a). *Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési függőségek*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics Zs., Kun B. (2010b). A viselkedési függőségek és az impulzuskontroll egyéb zavarainak helye az addikciók spektrumán. In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV* (pp. 29–40). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics, Z., Kurimay, T. (2008). Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23, 129–141.
- Demetrovics, Z., Kurimay, T. (2012). Sport és addikció. In T. Kurimay, V. Faludi, R. Kárpáti (szerk.), *A sport pszichológiája. Fejezetek a sportlélektan és határterületeiről I* (pp. 235–260). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság & Oriold és Társai Kiadó.
- Demetrovics, Z., Paksi, B., Dúll, A. (szerk.). (2009). *Pláza, ifjúság, életmód. Egészségkélektani vizsgálatok a fiatalok körében*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., Nyikos, E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 19, 141–160.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., Rózsa, S. (2008). The three-factor model of internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40, 563–574.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Griffiths, M. D., Pápay, O., Kökönyei, G., Felvinczi, K., Oláh, A. (2012). The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS ONE*, 7, e36417.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B., Reindl, A., Ágoston, C., Kertész, A., Harmath, E. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). *Behavioral Research Methods*, 43, 814–825.
- Denis, C., Fatseas, M., Auriacombe, M. (2012). Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 3. An assessment of Pathological Gambling criteria. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 22–27.

- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration Scoring and Procedures Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 33, 981–989.
- Derogatis, L. R., Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In M. E. Maruish (szerk.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (pp. 217–334). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Derogatis, L. R., Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Desai, R. A., Maciejewski, P. K., Pantalon, M. V., Potenza, M. N. (2005). Gender differences in adolescent gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 249–258.
- DeSarbo, W. S., Edwards, E. A. (1996). Typologies of Compulsive Buying Behavior: A Constrained Clusterwise Regression Approach. *Journal of Consumer Psychology*, 5, 231–262.
- Devor, E. J., Magee, H. J., Dill-Devor, R. M., Gabel, J., Black, D. W. (1999). Serotonin transporter gene (5-HTT) polymorphisms and compulsive buying. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 123–125.
- Dittmar, H. (2000). The role of self-image in excessive buying. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 105–132). New York: Aronson.
- Dittmar, H., Beattie, J., Friese, S. (1996). Objects, decision considerations and self-image in men's and women's impulse purchases. *Acta Psychologica*, 93, 187–206.
- Douglas, A. C., Mills, J. E., Niang, M., Stepchenkova, S., Byun, S., Ruffini, C., Lee, S. K., Loutfi, J., Lee, J. K., Atallah, M., Blanton, M. (2008). Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996–2006. *Computers in Human Behavior*, 24, 3027–3044.
- Downs, D. S., Hausenblas, H. A., Nigg, C. R. (2004). Factorial Validity and Psychometric Examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement In Physical Education And Exercise Science*, 8, 183–201.
- Ducheneaut, N., Moore, R. J. (2005). More than just 'XP': learning social skills in massively multiplayer online games. *Interactive Technology & Smart Education*, 2, 89–100.
- Ducheneaut, N., Yee, N., Nickell, E., Moore, R. J. (2006). "Alone together?": exploring the social dynamics of massively multiplayer online games. Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems, Montréal, Québec, Canada,
- Dúll, A., Demetrovics, Z., Paksi, B., Felvinczi, K., Buda, B. (2006). A bevásárlóközpontok, mint a csellengés helyei: A „hely-fogyasztás” kontextuális elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61, 107–132.
- Edwards, E. A. (1992). *The measurement and modeling of compulsive consumer buying behavior*. Published Dissertation. The University of Michigan, University Microfilms.



- Edwards, E. A. (1993). Development of a new scale for measuring compulsive buying behaviour. *Financial Counseling and Planning*, 4, 67–85.
- el-Guebaly, N., Mudry, T., Zohar, J., Tavares, H., Potenza, M. N. (2012). Compulsive features in behavioural addictions: the case of pathological gambling. *Addiction*, 107, 1726–1734.
- Elekes, Z. (2004). *Alkohol és társadalom*. Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.
- Elekes, Z. (2005). A drogfogyasztás elterjedtsége és a fogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia* 48(4) (pp. 345–374).
- Elekes, Z. (2007). *ESPAD 07: Kutatási beszámoló az OTKA által támogatott K60707 számú pályázatról. Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei*. Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Társadalompolitika Intézet. Kézirat.
- Elekes, Z. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon. ESPAD 2007*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Elekes, Z. (2012). *ESPAD 2011 - Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól. Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei*. OTKA Kutatási beszámoló, kézirat. Elérhető: <http://web.uni-corvinus.hu/elekes/>
- Elekes, Z., Domokos, T. (2011). *ESPAD 2011 - Hungarian Country Report*. Budapest
- Elekes, Z., Paksi, B. (1996). *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása*. Budapest: Népjóléti Minisztérium.
- Elekes, Z., Paksi, B. (2000). *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az ezredév végén Magyarországon*. Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium - Aula.
- Elekes, Z., Paksi, B. (2003). *A 18-54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai. Kutatási Beszámoló*. NKFP.
- Elliott, R. (1994). Addictive consumption: Function and fragmentation in postmodernity. *Journal of Consumer Policy*, 17, 159–179.
- EMCDDA. (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). EMCDDA. Lisbon. Portugal
- EMCDDA. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. EMCDDA. Lisbon. Portugal
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- ESPAD. (2010). Overview of the ESPAD project. Background, Methodology and Organisation. *The ESPAD Handbook - Section 2*.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism – The CAGE Questionnaire. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.
- Faber, R. J. (2000). A systematic investigation into compulsive buying. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 27–54). New York: Aronson.
- Faber, R. J., Christenson, G. A., De Zwaan, M., Mitchell, J. (1995). Two forms of compulsive consumption: comorbidity of compulsive buying and binge eating. *Journal of Consumer Research*, 22, 296–394.
- Faber, R. J., O'Guinn, T. C. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459–469.

- Faber, R. J., O'Guinn, T. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459–469.
- Faber, R. J., O'Guinn, T., Krych, R. (1987). Compulsive consumption. *Advances in Consumer Research*, 14, 132–135.
- Faber, R. J., O'Guinn, T. C. (1989). Classifying compulsive consumers: advances in development of a diagnostic pool. *Advances in Consumer Research*, 16, 718–744.
- Faber, R. J., Vohs, K. D. (2004). To buy or not to buy? Self-control and self-regulatory failure in purchase behavior. In R. F. Baumeister, K. D. Vohs (szerk.), *Handbook of self-regulation* (pp. 509–524). New York: The Guilford Press.
- Fábián, Z., Pillók, P., Ritter, A., Hoyer, M. (2002). Felmérés a magyarországi internethasználatról – szociálpszichológiai és pszichopatológiai vonatkozások. *Psychiatria Hungarica*, 17, 599–606.
- Fagerström, K. O., Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence. A review of the Fagerström tolerance questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159–182.
- Fallon, A. E., Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102–105.
- Farkas, J., Németh, Z., Urbán, R., Kökönyei, G., Felvinczi, K., Kuntsche, E., Demetrovics, Z. (2012). Az alkoholfogyasztás és a nagyívás (binge drinking) epidemiológiai, etiológiai és motivációs jellemzői: Áttekintő tanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 27, 335–349.
- Fassel, D. (1992). *Working ourselves to death*. London: HarperCollins.
- Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., Pistis, M., Fratta, W. (2010). The endocannabinoid system and nondrug rewarding behaviours. *Experimental Neurology*, 224, 23–36.
- Ferris, J., Wynne, H. J. (2001). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse. Elérhető: <http://www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/ccsa-008805-2001.pdf>
- Finney, S. J., DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock, R. O. Mueller (szerk.), *Structural equation modeling: A second course* (pp. 269–314). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*, 8, 22.
- Fisher, S. (1999). A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research*, 7, 509–538.
- Fisher, S. (2000a). Developing the DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. *Journal of Gambling Studies*, 16, 253–273.
- Fisher, S. (2000b). Measuring the prevalence of sector-specific problem gambling: a study of casino patrons. *Journal of Gambling Studies*, 16, 25–51.
- Fisher, S., Griffiths, M. D. (1995). Current trends in slot machine gambling: Research and policy issues. *Journal of Gambling Studies*, 11, 239–247.
- Flowers, C. P., Robinson, B. E. (2002). A Structural and Discriminant Analysis of the Work Addiction Risk Test. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 517–526.
- Folsom, A. R., Caspersen, C. J., Taylor, H. L., Jacobs, D. R., Jr., Luepker, R. V., Gomez-Marín, O., Gillum, R. F., Blackburn, H. (1985). Leisure time physical activity and its relationship to coronary risk factors in a population-based sample. The Minnesota Heart Survey. *Am J Epidemiol*, 121, 570–579.

- Fong, T. W., Reid, R. C., Parhami, I. (2012). Behavioral addictions: where to draw the lines? *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 279–296.
- Fornell, C., Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39–50.
- Fornell, C., Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement of error. *Journal of Marketing Research*, 8, 39–50.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E. S. (2001). Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 815–828.
- Fraioli, F., Moretti, C., Paolucci, D., Alicicco, E., Crescenzi, F., Fortunio, G. (1980). Physical exercise stimulates marked concomitant release of beta-endorphin and adrenocorticotrophic hormone (ACTH) in peripheral blood in man. *Experientia*, 36, 987–989.
- Franzen, G., Bouwman, M. (2001). *The mental world of brands: Mind, memory and brand success*. Towbridge: Cromwell Press.
- Freud, S. (1961). Dostoevsky and parricide (1928). In J. Strachey (szerk.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol. XXI (pp. 175–196). London: Hogarth.
- Frost, R. O., Kim, H. J., Morris, C., Bloss, C., Murray-Close, M., Steketee, G. (1998). Hoarding, compulsive buying and reasons for saving. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 657–664.
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. (2002). Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 33, 201–214.
- Frostling-Henningsson, M. (2009). First-person shooter games as a way of connecting to people: "brothers in blood". *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 557–562.
- Fu, K. W., Chan, W. S., Wong, P. W., Yip, P. S. (2010). Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 196, 486–492.
- Furst, D. M., Germone, K. (1993). Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Percept Mot Skills*, 77, 192–194.
- Gambino, B., Lesieur, H. R. (2006). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues*, 17.
- Garcia, F. D., Grigioni, S., Allais, E., Houy-Durand, E., Thibaut, F., Déchelotte, P. (2011). Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clinical Nutrition*, 30, 178–181.
- Garcia, F. D., Grigioni, S., Chelali, S., Meyrignac, G., Thibaut, F., Dechelotte, P. (2010). Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World Journal of Biological Psychiatry* *World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 888–893.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Gavin, A. R., Simon, G. E., Ludman, E. J. (2010). The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediation role of body image dissatisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 573–581.
- Gentile, D. A. (2009). Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: a national study. *Psychological Science*, 20, 594–602.

- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D. D., Fung, D., Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127, 319–329.
- George, S., Murali, V. (2005). Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 450–456.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21, 45–56.
- Ghuman, D., Griffiths, M. D. (2012). A cross-genre study of online gaming: Player demographics, motivation for play, and social interactions among players. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 2, 13–29.
- Glaros, A. G., Kline, R. B. (1988). Understanding the accuracy of tests with cutting scores: the sensitivity, specificity, and predictive value model. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 1013–1023.
- Glasser, W. (1976). *Positive addiction*. New York: Harper & Row.
- Godin, G., Shephard, R. J. (1997). Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29 June Supplement, S36–S38.
- Goldberg, I. (1995). Internet Addictive Disorder (IAD) Diagnostic Criteria Megnyitva: 2012. január 25, Elérhető: <http://www.psycom.net/iadcriteria.html>
- Golden, E. (2000). Clothes, inside out. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 133–154). New York: Aronson.
- Goldman, R. (2000). Compulsive buying as an addiction. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 245–267). New York: Aronson.
- Gong, J., Chen, X., Zeng, J., Li, F., Zhou, D., Wang, Z. (2009). Adolescent addictive internet use and drug abuse in Wuhan, China. *Addictions Research and Theory*, 17, 291–305.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., Swann, W. B., Jr. (2003). A Very Brief Measure of the Big Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504–528.
- Graham, A. W., Schultz, T. K., Mayo-Smith, M. F., Ries, R. K., Wilford, B. B. (szerk.). (2003). *Principles of Addiction Medicine*. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Graham, L. T., Gosling, S. D. (2013). Personality Profiles Associated with Different Motivations for Playing World of Warcraft. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, (in press).
- Grant, J. E., Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 957–962.
- Grant, J. E., Levine, L., Kim, D., Potenza, M. N. (2005). Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2184–2188.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Eisen, J. L., Rasmussen, S. A. (2006). Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 494–501.
- Grant, J. E., Potenza, M. N. (2004). Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16, 27–34.

- Grant, J. E., Potenza, M. N. (2006). Compulsive aspects of impulse-control disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 29, 539–551.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 233–241.
- Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. W., Rounsaville, B. J., Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Research*, 128, 79–88.
- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive stress management*. Dubuque, IA: William C. Brown Publishers.
- Greza, F. S., Takács, Z., Demetrovics, Z. (2001). www.necc.hu—Ifjúsági Mentálhigiénés Szolgálat az Interneten [www.necc.hu—An online youth mental health service]. *Új Pedagógiai Szemle*, 5, 115–120.
- Griffiths, M. D. (1993). Fruit machine gambling: The importance of structural characteristics. *Journal of Gambling Studies*, 9, 101–120.
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14–19.
- Griffiths, M. D. (1996). Behavioural addictions: An issue for everybody? *Journal of Workplace Learning*, 8, 19–25.
- Griffiths, M. D. (1997). Exercise addiction: A case study. *Addiction Research*, 5, 161–168.
- Griffiths, M. D. (1998). Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (szerk.), *Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp. 61–75). San Diego: Academic Press.
- Griffiths, M. D. (1999). Gambling Technologies: Prospects for Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 265–283.
- Griffiths, M. D. (2000). Does Internet and Computer "Addiction" Exist? Some Case Study Evidence. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 211–218.
- Griffiths, M. D. (2005a). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197.
- Griffiths, M. D. (2005b). Relationship between gambling and video-game playing: a response to Johansson and Gotestam. *Psychological Reports*, 96, 644–646.
- Griffiths, M. D. (2005c). Workaholism is still a useful construct. *Addiction Research and Theory*, 13, 97–100.
- Griffiths, M. D. (2008). Diagnosis and management of video game addiction. *New Directions in Addiction Treatment and Prevention*, 12, 27–41.
- Griffiths, M. D. (2010a). Online video gaming: what should educational psychologists know? *Educational Psychology in Practice*, 26, 35–40.
- Griffiths, M. D. (2010b). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 119–125.
- Griffiths, M. D. (2012). The use of online methodologies in studying paraphilias: A review. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, (in press).
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., Chappell, D. (2003). Breaking the stereotype: The case of online gaming. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 81–91.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., Chappell, D. (2004). Online computer gaming: a comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence*, 27, 87–96.

- Griffiths, M. D., Hussain, Z., Grusser, S. M., Thalemann, R., Cole, H., Davies, M. N. O., Chappell, D. (2011). Social interactions in online gaming. *International Journal of Games-Based Learning*, 1, 20–36.
- Griffiths, M. D., Meredith, A. (2009). Videogame Addiction and its Treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 247–253.
- Griffiths, M. D., Szabo, A., Terry, A. (2005). The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *British Journal of Sports Medicine*, 39, e30.
- Griffiths, M. D., Szabo, A., Terry, A. (2005). The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med*, 39, e30.
- Grusser, S. M., Thalemann, R., Griffiths, M. D. (2007). Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 290–292.
- Gupta, R., Derevensky, J. L. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13, 179–192.
- Güleç, H., Tamam, L., Güleç, M. Y., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M., Stanford, M. (2008). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 18, 251–258.
- Gyepesi, Á., Elekes, Z., Domokos, T., Demetrovics, Z. (2012). A 2011-es ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) kutatás magyarországi adatfelvételének módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, (megjelenés alatt).
- Gyollai, Á., Griffiths, M. D., Barta, C., Vereczkei, A., Urbán, R., Kun, B., Székely, A., Sasvári-Székely, M., Blum, K., Demetrovics, Z. (2012). The genetics of pathological gambling disorder: A systematic review. (*manuscript under preparation*).
- Gyollai, Á., Urbán, R., Farkas, J., Kun, B., Kökönyei, G., Eisinger, A., Magi, A., Demetrovics, Z. (2013). A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, (under review).
- Gyollai, Á., Urbán, R., Kun, B., Paksi, B., Arnold, P., Balázs, H., Kökönyei, G., Oláh, A., Demetrovics, Z. (2011). Problémás és patológiás szerencsejáték Magyarországon: a South Oaks Szerencsejáték Kérdőív magyar verziójának (SOGS-HU) hazai alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 26, 230–240.
- Ha, J. H., Kim, S. Y. K., Bae, S. C., Bae, S., Kim, H., Sim, M., Lyoo, I. K., Cho, S. C. (2007). Depression and internet addiction in adolescents. *Psychopathology*, 40, 424–430.
- Haden, S. C., Shiva, A. (2009). A Comparison of Factor Structures of the Barratt Impulsiveness Scale in a Mentally Ill Forensic Inpatient Sample. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 198–207.
- Hailey, B. J., Bailey, L. A. (1982). Negative addiction in runners: A quantitative approach. *Journal of Sport Behavior*, 5, 150–154.
- Han, D. H., Bolo, N., Daniels, M. A., Arenella, L. S., Lyoo, K. I., Renshaw, P. F. (2011). Brain activity and desire for Internet video game play. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 88–95.
- Han, D. H., Hwang, J. W., Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18, 297–304.

- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., Haws, C. A., Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 251–256.
- Hanson, P. (1985). *Stress for success: How to make stress on the job work for you*. New York: Doubleday.
- Harrison, Y., Horne, J. A. (2000). The impact of sleep deprivation on decision making: a review. *Journal of Applied Experimental Psychology*, 6, 236–249.
- Hasin, D. S. (2012). Introduction to DSM-5 criteria linked papers in drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 20–21.
- Hasin, D. S., Fenton, M. C., Beseler, C., Park, J. Y., Wall, M. M. (2012). Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 2. Proposed DSM-5 criteria for alcohol, cannabis, cocaine and heroin disorders in 663 substance abuse patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 28–37.
- Hassay, D. N., Smith, M. C. (1996). Compulsive buying: An examination of the consumption motive. *Psychology and Marketing*, 13, 741–752.
- Hausenblas, H. A., Downs, D. S. (2002a). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 89–123.
- Hausenblas, H. A., Downs, D. S. (2002b). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychol Health*, 17, 387–404.
- Hausenblas, H. A., Downs, D. S. (2002c). Relationship among sex, imagery, and exercise dependence symptoms. *Psychol Addict Behav*, 16, 169–172.
- Hausenblas, H. A., Giacobbi, P. R. J. (2004). Relationship between exercise dependence symptoms and personality. *Pers Individ Dif*, 36, 1265–1273.
- Hausenblas, H. A., Symons Downs, D. (2002a). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 89–123.
- Hausenblas, H. A., Symons Downs, D. (2002b). How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*, 17, 387–404.
- Hausenblas, H. A., Symons Downs, D. (2002c). Relationship among sex, imagery, and exercise dependence symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 169–172.
- Herodotou, C., Kambouri, M., Winters, N. (2011). The role of trait emotional intelligence in gamers' preferences for play and frequency of gaming. *Computers in Human Behavior*, 27, 1815–1819.
- Hetzel-Riggin, M. D., Pritchard, J. R. (2011). Predicting problematic Internet use in men and women: the contributions of psychological distress, coping style, and body esteem. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 519–525.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. CAN, Council of Europe, Pompidou Group. Stockholm
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. CAN, Council of Europe, Pompidou Group. Stockholm
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. CAN, Council of Europe, Pompidou Group. Stockholm

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. CAN, EMCDDA, Council of Europe. Stockholm
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. CAN, EMCDDA, Pompidou Group. Stockholm
- Holden, C. (2010). Psychiatry. Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science*, 327, 935.
- Holland, D. W. (2007). Work Addiction: Costs and Solutions for Individuals, Relationships and Organizations. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 22, 1–15.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23, 255–358.
- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *British Journal of Psychiatry. Supplement*, 7–12.
- Hollander, E., DeCaria, C. M., Mari, E., Wong, C. M., Mosovich, S., Grossman, R., Begaz, T. (1998). Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1781–1783.
- Hollander, E., Kwon, J., Weiller, F., Cohen, L., Stein, D. J., DeCaria, C., Liebowitz, M., Simeon, D. (1998). Serotonergic function in social phobia: comparison to normal control and obsessive-compulsive disorder subjects. *Psychiatry Research*, 79, 213–217.
- Hollander, E., Wong, C. M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 Suppl 4, 3–6.
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies*, 25, 105–120.
- Homer, J. B. (1985). Worker burnout: A dynamic model with implications for prevention and control. *System Dynamics Review*, 1, 42–62.
- Hoyle, R. H., Stephenson, M. T., Palmgreen, P., Lorch, E. P., Donohew, R. L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32, 401–414.
- Hsu, C., Lu, H. (2007). Consumer behavior in online game communities: A motivational factor perspective. *Computers in Human Behavior*, 23, 1642–1659.
- Hsu, S. H., Wen, M. H., Wu, M. C. (2009). Exploring user experiences as predictors of MMORPG addiction. *Computers & Education*, 53, 990–999.
- Huang, Z., Wang, M., Qian, M., Zhong, J., Tao, R. (2007). Chinese Internet addiction inventory: developing a measure of problematic Internet use for Chinese college students. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 805–811.
- Huba, G. J., Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1981). Comparison of canonical correlation and interbattery factor analysis on sensation seeking and drug use domains. *Applied Psychological Measurement*, 5, 291–306.
- Hurst, R., Hale, B., Smith, D., Collins, D. (2000). Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters. *Br J Sports Med*, 34, 431–435.
- Hussain, Z., Griffiths, M. D. (2009). Excessive use of massively-multi-player online role-playing games: a pilot study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 563–571.



- Hussain, Z., Griffiths, M. D., Baguley, T. (2012). Online gaming addiction: classification, prediction and associated risk factors. *Addiction Research and Theory*, (in press).
- Ibanez, A., Blanco, C., Moreryra, P., Saiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295–301.
- Ipsos. (2010). *Játékszenvedély és felelős játékszervezés*. Kutatási jelentés.
- Ireland, J. L., Archer, J. (2008). Impulsivity among adult prisoners: A confirmatory factor analysis study of the Barratt Impulsivity Scale. *Personality and Individual Differences*, 45, 286–292.
- Iszáj, F., Demetrovics, Z. (2011). Balancing between sensitization and repression: the role of opium in the life and art of Edgar Allan Poe and Samuel Taylor Coleridge. *Substance Use and Misuse*, 46, 1613–1618.
- Izgic, F., Akyüz, G., Dogan, O., Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 630–634.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of gambling behavior*, 2, 15–31.
- Jacobs, D. F. (1988). Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. *Journal of gambling behavior*, 4, 27–37.
- Jang, K. S., Hwang, S. Y., Choi, J. Y. (2008). Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *Journal of School Health*, 78, 165–171.
- Jansz, J., Tanis, M. (2007). Appeal of playing online first person shooter games. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 133–136.
- Jeong, E. J., Kim, D. H. (2011). Social Activities, Self-Efficacy, Game Attitudes, and Game Addiction. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14, 213–221.
- Jia, R., Jia, H. H. (2009). Factorial validity of problematic Internet use scales. *Computers in Human Behavior*, 25, 1335–1342.
- Johansson, A., Gotestam, K. G. (2004). Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 223–229.
- John, O. P., Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin, O. P. John (szerk.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- John, U., Meyer, C., Schumann, A., Hapke, U., Rumpf, H. J., Adam, C., Alte, D., Lüdemann, J. (2004). A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. *Addictive Behaviors*, 29, 1207–1212.
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N., Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83–88.
- Johnson, M., Blom, V. (2007). Development and Validation of Two Measures of Contingent Self-Esteem. *Individual Differences Research*, 5, 300–328.
- Juarascio, A. S., Perone, J., Timko, C. A. (2011). Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Eating Disorders*, 19, 346–354.
- Kallick, M., Suits, D., T., D., Hybels, J. (1979). *A survey of American gambling attitude and behavior (Research Report Series, Survey Research Center, Institute for Social Research)*. Institute for Social Research, Ann Arbor: University of Michigan Press.

- Kanai, A., Wakabayashi, M., Fling, S. (1996). Workaholism among employees in Japanese corporations: An examination based on the Japanese version of the Workaholism Scales. *Japanese Psychological Research*, 38, 192–203.
- Kandell, J. J. (1998). Internet Addiction on Campus: The Vulnerability of College Students. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 11–17.
- Karim, R., Chaudhri, P. (2012). Behavioral Addictions: An Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 5–17.
- Kelemen, G. (1994a). Az addikciók széles spektruma. Budapest: Országos Alkohológiai Intézet.
- Kelemen, G. (1994b). A kóros játékszenvedély pszichológiája és kezelése. *Szenvedélybetegségek*, 2, 324–332.
- Kelemen, G. (1995a). Az addiktív falánkság. *Szenvedélybetegségek*, 3, 28–38.
- Kelemen, G. (1995b). Hányás-addikció. *Szenvedélybetegségek*, 3, 369–370.
- Kelley, K. J., Gruber, E. M. (2010). Psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 26, 1838–1845.
- Kemeny, A. (2002). 'Driven to Excel: A Portrait of Canada's Workaholics, *Canadian Social Trends*' (Vol. Catalogue No. 11-008.). Statistics Canada.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351–1360.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–244.
- Khantzian, E. J. (1999). *Treating Addiction as a Human Process*. Northvale: Jason Aronson.
- Khantzian, E. J., Mack, J. E., Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *American Journal of Psychiatry*, 131, 160–164.
- Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., Theintz, F., Lederrey, J., Van Der Linden, M., Zullino, D. (2008). French validation of the internet addiction test. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 703–706.
- Killinger, B. (1991). *Workaholics: The Respectable Addicts*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Killinger, B. (1995). *The Balancing Act: Rediscovering Your Feelings*. Toronto: Key Porter Books.
- Killinger, B. (2006). The workaholic breakdown syndrome. In R. J. Burke (szerk.), *Research Companion to Working Time and Work Addiction* (pp. 61–88). UK: Edward Elgar Publishing.
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, 23, 212–218.
- Kim, H.-K., Davis, K. E. (2009). Toward a comprehensive theory of problematic Internet use: Evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of Internet activities. *Computers in Human Behavior*, 25, 490–500.
- Kim, J. H., Lau, C. H., Cheuk, K. K., Kan, P., Hui, H. L., Griffiths, S. M. (2010). Brief report: Predictors of heavy Internet use and associations with health-promoting and

- health risk behaviors among Hong Kong university students. *Journal of Adolescence*, 33, 215–220.
- Kim, J. W., Han, D. H., Park, D. B., Min, K. J., Na, C., Won, S. K., Park, G. N. (2010). The relationships between online game player biogenetic traits, playing time, and the genre of the game being played. *Psychiatry investigation*, 7, 17–23.
- Kim, K., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., Seo, J. S., Nam, B. W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 185–192.
- Kim, M. G., Kim, J. (2010). Cross-validation of reliability, convergent and discriminant validity for the problematic online game use scale. *Computers in Human Behavior*, 26, 389–398.
- Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S., Kim, J. E., Renshaw, P. F. (2012). Changes in brain activity in response to problem solving during the abstinence from online game play. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 41–49.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M. D. (2010a). The Role of Structural Characteristics in Problem Video Game Playing: A Review. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 4.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M. D. (2010b). Video Game Structural Characteristics: A New Psychological Taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 90–106.
- King, D., Delfabbro, P., Griffiths, M. D. (2011). The Role of Structural Characteristics in Problematic Video Game Play: An Empirical Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 320–333.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Zajac, I. T. (2011). Preliminary validation of a new clinical tool for identifying problem video game playing. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 72–87.
- Kirkby, R. J., Adams, J. (1996). Exercise dependence: the relationship between two measures. *Percept Mot Skills*, 82, 366.
- Klein, D. A., Bennett, A. S., Schebendach, J., Foltin, R. W., Devlin, M. J., Walsh, B. T. (2004). Exercise "addiction" in anorexia nervosa: model development and pilot data. *CNS Spectr*, 9, 531–537.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Ko, C. H., Liu, G. C., Hsiao, S. M., Yen, J. Y., Yang, M. J., Lin, W. C., Yen, C. F., Chen, C. S. (2009). Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 739–747.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Wu, K., Yen, C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 887–894.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., Yen, C. F. (2005). Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 273–277.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C., Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS Spectrums*, 13, 147–153.

- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C., Yen, C. F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 937–943.
- Kopp, M., Kovács, M. E. (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Koran, L. M., Faber, R. J., Aboujaoude, E., Large, M. D., Serpe, R. T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1806–1812.
- Korkeila, J., Kaarlas, S., Jaaskelainen, M., Vahlberg, T., Taiminen, T. (2010). Attached to the web--harmful use of the Internet and its correlates. *European Psychiatry*, 25, 236–241.
- Korkeila, J., Kaarlas, S., Jääskeläinen, M., Vahlberg, T., Taiminen, T. (2010). Attached to the web--harmful use of the Internet and its correlates. *European Psychiatry*, 25, 236–241.
- Koronczai, B., Demetrovics, Z., Kun, B. (2010). Internetfüggőség és problémás internethasználat. In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV* (pp. 253–279). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Koronczai, B., Kökönyei, G., Urbán, R., Kun, B., Pápay, O., Nagygyörgy, K., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2012). The moderating effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use. (manuscript under review).
- Koronczai, B., Kökönyei, G., Urbán, R., Pápay, O., Nagygyörgy, K., Oláh, A., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2013). Confirmation of the Chinese version of the Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ). (manuscript under preparation).
- Koronczai, B., Urbán, R., Kökönyei, G., Paksi, B., Papp, K., Kun, B., Arnold, P., Kállai, J., Demetrovics, Z. (2011). Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on off-line adolescent and adult samples. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 657–664.
- Kostanski, M., Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 255–262.
- Körmendi, A. (2009). A kognitív átstrukturálás jelentősége és lehetőségei a kóros játékszenvedély terápiájában. *Psychiatria Hungarica*, 24, 60–67.
- Körmendi, A., Kuritárné, S. I. (2007). Kóros játékszenvedély: összefoglaló tanulmány az aktuális kutatásokról. *Psychiatria Hungarica*, 22, 344–365.
- Kraepelin, E. (1915). *Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius Barth.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V., Crawford, A. (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, 58, 49–74.
- Kraut, R., Lundmark, V., Patterson, M., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., Scherlis, W. (1998). Internet Paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53, 1017–1031.
- Krueger, D. W. (1988). On compulsive shopping and spending: a psychodynamic inquiry. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 574–584.
- Krueger, D. W. (2000). The use of money as an action symptom. In A. L. Benson (szerk.), *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self* (pp. 288–310). New York: Aronson.

- Kubey, R. W., Lavin, M. J., Barrows, J. R. (2001). Internet Use and Collegiate Academic Performance Decrements: Early Findings. *Journal of Communication*, 51, 366–382.
- Kun, B., Balázs, H., Arnold, P., Paksi, B., Demetrovics, Z. (2012). Gambling in Western and Eastern Europe: the example of Hungary. *Journal of Gambling Studies*, 28, 27–46.
- Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). Kényszeres vásárlás. In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV* (pp. 213–236). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). Munkafüggőség In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV* (pp. 307–329). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kun, B., Paksi, B., Arnold, P., Rózsa, S., Demetrovics, Z. (2009). Kényszeres vásárlás a magyarországi felnőtt népesség körében: kezdeti eredmények. *Addictologia Hungarica*, 8 (Suppl. 1.), 44.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841–861.
- Kurimay, T., Griffiths, M. D., Berczik, K., Demetrovics, Z. (2013). Exercise addiction: The dark side of sports and exercise. In D. Baron, C. Reardon, S. H. Baron (szerk.), *Contemporary Issues in Sports Psychiatry: A Global Perspective*. West Sussex: John Wiley and Sons (in press).
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D. (2012a). Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 278–296.
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D. (2012b). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 3–22.
- Kyrios, M., Frost, R. O., Steketee, G. (2004). Cognitions in Compulsive Buying and Acquisition. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 241–258.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732–734.
- Lafrenière, M.-A. K., Verner-Filion, J., Vallerand, R. J. (2012). Development and validation of the Gaming Motivation Scale (GAMS). *Personality and Individual Differences*, 53, 827–831.
- Lahteenmaki, S., Aalto-Setälä, T., Suokas, J. T., Saarni, S. E., Perälä, J., Saarni, S., I., Aro, H., Lönnqvist, J., Suvisaari, J. M. (2009). Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BMC Psychiatry*, 9, 5.
- Lam, L. T., Peng, Z. W., Mai, J. C., Jing, J. (2009). Factors associated with Internet addiction among adolescents. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 551–555.
- Lamb, K. L., Roberts, K., Brodie, D. A. (1990). Self-perceived health among sports participants and non-sports participants. *Soc Sci Med*, 31, 963–969.
- Langeland, W., Draijer, N., van den Brink, W. (2002). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 195–203.
- LaRose, R., Eastin, M. S., Gregg, J. (2001). Reformulating the Internet paradox: Social cognitive explanations of Internet use and depression. *Journal of Online Behavior*, 1.
- Ledgerwood, D. M., Petry, N. M. (2006). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research*, 144, 17–27.
- Lee, C., Han, S. (2007). Development of the scale for diagnosing online game addiction. *Mathematical Methods and Computational Techniques in Research and Education*, 362–367.

- Lee, H. C., Ahn, C. Y. (2002). Development of the internet game addiction diagnostic scale. *The Korean Journal of Health Psychology*, 7, 211–239.
- Lee, K. M., Jeong, E. J., Park, N., Ryu, S. (2011). Effects of interactivity in educational games: A mediating role of social presence on learning outcomes. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 27, 620–633.
- Lee, M. C., Tsai, T. R. (2010). What Drives People to Continue to Play Online Games? An Extension of Technology Model and Theory of Planned Behavior. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 26, 601–620.
- Lee, S., Mysyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science and Medicine*, 58, 1709–1718.
- Lee, T. K., LaBrie, R. A., Rhee, H. S., Shaffer, H. J. (2008). A study of South Korean casino employees and gambling problems. *Occupational Medicine*, 58, 191–197.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. *Journal of Substance Use*, 12, 233–242.
- Lejoyeux, M., Ades, J. (1994). Les achats pathologiques: une addiction comportementale. *Neuro-Psy*, 9, 25–32.
- Lejoyeux, M., Adès, J., Tassain, V., Solomon, J. (1996). Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1524–1529.
- Lejoyeux, M., Avril, M., Richoux, C., Embouazza, H., Nivoli, F. (2008). Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 353–358.
- Lejoyeux, M., Bailly, F., Moula, H., Loi, S., Ades, J. (2005). Study of compulsive buying in patients presenting obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 105–110.
- Lejoyeux, M., Guillot, C., Chalvin, F., Petit, A., Lequen, V. (2012). Exercise dependence among customers from a Parisian sport shop. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 28–34.
- Lejoyeux, M., Haberman, N., Solomon, J., Ades, J. (1999). Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 51–56.
- Lejoyeux, M., Mathieu, K., Embouazza, H., Huet, F., Lequen, V. (2007). Prevalence of compulsive buying among customers of a Parisian general store. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 42–46.
- Lejoyeux, M., Tassain, V., Solomon, J., Ades, J. (1997). Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 169–173.
- Lejoyeux, M., Tassain, V., Solomon, J., Adès, J. (1997). Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 169–173.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12, 77–95.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior*, 27, 144–152.
- Lemola, S., Brand, S., Vogler, N., Perkinson-Gloor, N., Allemand, M., Grob, A. (2011). Habitual computer game playing at night is related to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 117–122.
- Lenihan, F. (2007). Computer addiction – a sceptical view. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 31–33.

- Lesieur, H. R. (2001). *Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers. Dissertation*. Massachusetts School of Professional Psychology.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184–1188.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1009–1012.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213–223.
- Lesieur, H. R., Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5–39.
- Leung, L. (2004). Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 333–348.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Rosenbaum, M. (1998). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251–264.
- Li, S. M., Chung, T. M. (2006). Internet function and Internet addictive behavior. *Computers in Human Behavior*, 22, 1067–1071.
- Lin, S. S., Tsai, C. C. (1999). *Internet addiction among high schoolers in Taiwan*. Paper presented at the 106th annual convention of the American Psychological Association, Boston, MA,
- Lin, S. S., Tsai, C. C. (2002). Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior*, 18, 411–426.
- Linden, R., Pope, H., Jonas, J. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 201–203.
- Liu, C. Y., Kuo, F. Y. (2007). A study of Internet addiction through the lens of the interpersonal theory. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 799–804.
- Liu, M., Peng, W. (2009). Cognitive and psychological predictors of the negative outcomes associated with playing MMOGs (massively multiplayer online games). *Computers in Human Behavior*, 25, 1306–1311.
- Lo, S. (2007). The impact of online game character's outward attractiveness and social status on interpersonal attraction. *Computers in Human Behavior*, 24, 1947–1958.
- Lo, S. K., Wang, C. C., Fang, W. C. (2005). Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 15–20.
- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J., Nel, D. G., Corfield, V. A., Moolman-Smook, J. C., Seedat, S., Stein, D. J. (2005). Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 14–19.
- Lorenz, V. C., Yaffe, R. (1988). Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of gambling behavior*, 4, 13–26.
- Lotan, M., Merrick, J., Carmeli, E. (2005a). Physical activity in adolescence. A review with clinical suggestions. *Int J Adolesc Med Health*, 17, 13–21.

- Lotan, M., Merrick, J., Carmeli, E. (2005b). A review of physical activity and well-being. *Int J Adolesc Med Health*, 17, 23-31.
- Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (szerk.). (1997). *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Luck, A. J., Morgan, J. F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., Perry, L., Lacey, J. H. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325, 755–756.
- Lyons, H. A., Cromey, R. (1989). Compulsive jogging: exercise dependence and associated disorder of eating. *Ulster Med J*, 58, 100-102.
- Mable, H. M., Balance, W. D. G., Galgan, R. J. (1986). Body-image distortion and dissatisfaction in university students. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 907–911.
- Maccallum, F., Blaszczyński, A. (2003). Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 88–98.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with Them, Working with Them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Magee, A. (1994). Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perceptions. *Advances in Consumer Research*, 21, 590–594.
- Mäkinen, M., Puukko-Viertomies, L. R., Lindberg, N., Siimes, M. A., Aalberg, V. (2012). Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry*, 12, 35.
- Marlatt, G. A., VandenBos, G. R. (szerk.). (1997). *Addictive Behaviors. Readings on etiology, Prevention, and Treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Marsella, A. J., Shizuru, L., Brennan, J., Kameoka, V. (1981). Depression and body image satisfaction. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 12, 360–371.
- Mathews, B., Halbrook, M. (1990). Adult children of alcoholics: Implications for career development. *Journal of Career Development*, 16, 261–268.
- Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: a self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment*, 9, 351–360.
- Mazhari, S. (2012). Association between problematic Internet use and impulse control disorders among Iranian university students. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15, 270–273.
- McCrady, B. S., Epstein, E. E. (szerk.). (1999). *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Pope, H. G., Jr., Smith, J. M., Strakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: a report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 242–248.
- McElroy, S. L., Satlin, A., Pope, H. G., Keck, P. E., Hudson, J. J. (1991). Treatment of compulsive shopping with antidepressants: a report of three cases. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 199–204.
- McMillan, L. H. W., Brady, E. C., O'Driscoll, M. P., Marsh, N. V. (2002). A multifaceted validation study of Spence and Robbins' (1992) Workaholism Battery. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 357–368.



- McMillan, L. H. W., O'Driscoll, M. P. (2006). Exploring new frontiers to generate an integrated definition of workaholism. In R. J. Burke (szerk.), *Research Companion to Working Time and Work Addiction* (pp. 89–107). UK: Edward Elgar Publishing.
- McNeilly, D. P., Burke, W. J. (2000). Late life gambling: the attitudes and behaviors of older adults. *Journal of Gambling Studies*, 16, 393–415.
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A., Garretsen, H. F. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 1–6.
- Mehroof, M., Griffiths, M. D. (2010). Online Gaming Addiction: The Role of Sensation Seeking, Self-Control, Neuroticism, Aggression, State Anxiety, and Trait Anxiety. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 313–316.
- Meyer, G., Stadler, M. A. (1999). Criminal behavior associated with pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 15, 29–43.
- Miller, E., Joseph, S., Tudway, J. (2004). Assessing the component structure of four self-report measures of impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 37, 349–358.
- Miltenberger, R. G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M., Mitchell, J., Wonderlich, S., Faber, R., Smyth, J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 1–9.
- Mitchell, J. E., Redlin, J., Wonderlich, S., Crosby, R., Faber, R., Miltenberger, R., Smyth, J., Stickney, M., Gosnell, B., Burgard, M., Lancaster, K. (2002). The relationship between compulsive buying and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 107–111.
- Monahan, P., Black, D. W., Gabel, J. (1996). Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Psychiatry Research*, 64, 59–67.
- Mónok, K., Berczik, K., Urbán, R., Szabo, A., Griffiths, M. D., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Kurimay, T., Kökönyei, G., Kun, B., Paksi, B., Demetrovics, Z. (2012). Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. (under review).
- Morahan-Martin, J., Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16, 13–29.
- Morgan, J. F., Reid, F., Lacey, J. H. (1999a). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 319, 1467–1468.
- Morgan, J. F., Reid, F., Lacey, J. H. (1999b). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467–1468.
- Morgan, W. P. (1979). Negative addiction in runners. *The Physician and Sportsmedicine*, 7, 57–70.
- Morrison, C. M., Gore, H. (2010). The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults. *Psychopathology*, 43, 121–126.
- Mosier, S. K. (1982). *Workaholics: An analysis of their stress, success and priorities*: University of Texas at Austin.
- Mueller, A., Mueller, U., Albert, P., Mertens, C., Silbermann, A., Mitchell, J. E., de Zwaan, M. (2007). Hoarding in a compulsive buying sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2754–2763.

- Murali, V., George, S. (2007). Lost online: an overview of internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 24–30.
- Muthén, L. K., Muthén, B. O. (1987-2007). *Mplus: User's guide (5th ed.)*. Los Angeles, CA: Author.
- Muthén, L. K., Muthén, B. O. (1998-2007). *Mplus user guide. 5th ed.* Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Mythily, S., Qiu, S., Winslow, M. (2008). Prevalence and correlates of excessive Internet use among youth in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37, 9–14.
- Nagygyörgy, K., Mihalik, Á., Demetrovics, Z. (2012). Az online játékok pszichológiai vonatkozásai. In E. Gabos (szerk.), *A média hatása a gyermekekre és fiatalokra VI.* (pp. 242–248). Budapest: Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat Magyar Egyesülete.
- Nagygyörgy, K., Pápay, O., Urbán, R., Farkas, J., Kun, B., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2013). Problémás online játék használat: szakirodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica*, nyomtatás alatt.
- Nagygyörgy, K., Urbán, R., Farkas, J., Griffiths, M., Zilahy, D., Kökönyei, G., Mervó, B., Reindl, A., Ágoston, C., Kertész, A., Harmath, E., Oláh, A., Demetrovics, Z. (2013). Typology and socio-demographic characteristics of Massively Multiplayer Online Game players. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 29, 192–200.
- Nakken, C. (1996). *The addictive personality: Understanding the addictive process and compulsive behavior*. Center City, MN: Hazelden.
- Nalwa, K., Anand, A. P. (2003). Internet addiction in students: a cause of concern. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 653–656.
- National Opinion Research Center. (1999). *Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission*. National Opinion Research Center at the University of Chicago. Chicago, IL Elérhető: <http://www.norc.uchicago.edu/new/gamb-fin.htm>
- Naughton, T. J. (1987). A Conceptual View of Workaholism and Implications for Career Counseling and Research. *The Career Development Quarterly*, 35, 180–187.
- Németh, A., Csorba, C., Tóth, A. (2005). A kóros játékszenvedélyhez leggyakrabban társuló pszichiátriai kórképek. *Addiktológia*, 4, 349–356.
- Németh, A., Gerevich, J. (szerk.). (2000). *Addikciók*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Németh, Z., Kuntsche, E., Urbán, R., Farkas, J., Demetrovics, Z. (2011). Why do festival goers drink? Assessment of drinking motives using the DMQ-R SF in a recreational setting. *Drug and Alcohol Review*, 30, 40–46.
- Németh, Z., Urbán, R., Farkas, J., Kuntsche, E., Demetrovics, Z. (2012). Az Alkoholfogyasztás Motivációi Módosított Kérdőív hosszú és rövid változatának hazai alkalmazása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67, 673–694.
- Németh, Z., Urbán, R., Kuntsche, E., San Pedro, E. M., Roales Nieto, J. G., Farkas, J., Futaki, L., Kun, B., Mervó, B., Oláh, A., Demetrovics, Z. (2011). Drinking motives among Spanish and Hungarian young adults: a cross-national study. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 261–269.
- Neuner, M., Raab, G., Reisch, L. (2005). Compulsive buying in maturing consumer societies: An empirical re-inquiry. *Journal of Economic Psychology*, 26, 509–522.
- Ng, B. D., Wiemer-Hastings, P. (2005). Addiction to the internet and online gaming. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 110–113.

- Ni, X., Yan, H., Chen, S., Liu, Z. (2009). Factors influencing internet addiction in a sample of freshmen university students in China. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 327–330.
- Nichols, L. A., Nicki, R. (2004). Development of a psychometrically sound internet addiction scale: a preliminary step. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 381–384.
- Niemz, K., Griffiths, M. D., Banyard, P. (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 562–570.
- Nishiyama, K., Johnson, J. V. (1997). Karoshi--death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *International Journal of Health Services*, 27, 625–641.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Nyikos, E., Szeredi, B., Demetrovics, Z. (2001). Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia*, 10, 168–182.
- O'Guinn, T., Faber, R. (1989). Compulsive buying: A phenomenological exploration. *Journal of Consumer Research*, 16, 147–157.
- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*. New York: The World Publishing Company.
- Ocean, G., Smith, G. J. (1993). Social reward, conflict, and commitment: a theoretical model of gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 9, 321–329.
- Ogden, J., Veale, D. M., Summers, Z. (1997). The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5, 343–355.
- Olason, D. T., Sigurdardottir, K. J., Smari, J. (2006). Prevalence estimates of gambling participation and problem gambling among 16-18-year-old students in Iceland: A comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J. *Journal of Gambling Studies*, 22, 23–39.
- Oliveira, M. P., Silveira, D. X., Silva, M. T. (2008). Pathological gambling and its consequences for public health. *Revista de saúde pública [Journal of public health]*, 42, 542–549.
- Paaver, M., Nordquist, N., Parik, J., Harro, M., Oreland, L., Harro, J. (2007). Platelet MAO activity and the 5-HTT gene promoter polymorphism are associated with impulsivity and cognitive style in visual information processing. *Psychopharmacology*, 194 545–554.
- Paffenbarger, R. S., Jr., Hyde, R. T., Wing, A. L., Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med*, 314, 605–613.
- Paksi, B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi, B. (2007a). A drogepidemiológia alapjai: a drogfogyasztás elterjedtségének mérése. In Z. Demetrovics (szerk.), *Az addiktológia alapjai I* (pp. 256–294). Budapest: Eötvös Kiadó.
- Paksi, B. (2007b). A magyar társadalom drogérzékenysége. In Z. Demetrovics (szerk.), *Az addiktológia alapjai I* (pp. 256–294). Budapest: Eötvös Kiadó.

- Paksi, B. (2007c). A magyarországi drogfogyasztás társadalmi mintázata. In Z. Demetrovics (szerk.), *Az addiktológia alapjai I* (pp. 379–413). Budapest: Eötvös Kiadó.
- Paksi, B., Arnold, P., Kun, B., Demetrovics, Z. (2011). A különböző szerhasználó magatartások kapcsolódása a magyarországi felnőtt népesség körében. *Psychiatria Hungarica*, 26, 258–266.
- Paksi, B., Rózsa, S., Kun, B., Arnold, P., Demetrovics, Z. (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10, 273–300.
- Pallanti, S., Quercioli, L., Sood, E., Hollander, E. (2002). Lithium and valproate treatment of pathological gambling: a randomized single-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 559–564.
- Pannocchia, L., Fiorino, M., Giannini, M., Vanderlinden, J. (2011). A Psychometric Exploration of an Italian Translation of the SCOFF Questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 19, 371–373.
- Pápay, O., Urbán, R., Griffiths, M. D., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Elekes, Z., Felvinczi, K., Demetrovics, Z. (2013). Psychometric properties of the Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form (POGQ-SF) and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, (in press).
- Papp, K., Demetrovics, Z., Kállai, J. (2003). *Jelenlét a virtuális valóságban. Intenethasználat: addiktív vagy kreatív tevékenység?* IV. Magatartástudományi Napok, Pécs, június 4-5.
- Park, S. K., Kim, J. Y., Cho, C. B. (2008). Prevalence of Internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence*, 43, 895–909.
- Parke, J., Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In G. Smith, D. Hodgins, R. Williams (szerk.), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies* (pp. 211–243). New York: Elsevier.
- Parker, J. D. A., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gambling abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45, 174–180.
- Pasman, L. N., Thompson, J. K. (1987). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. *Int J Eat Disord*, 7, 759–769.
- Patton, J. M., Stanford, M. S., Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.
- Peng, W., Liu, M. (2010). Online Gaming Dependency: A Preliminary Study in China. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 329–333.
- Pervin, L. A., Costa, P. T., Jr. (1999). A five-factor theory of personality. In O. P. John (szerk.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 139–153). New York: Guilford Press.
- Peters, C., Bodkin, C. D. (2007). An exploratory investigation of problematic online auction behaviors: Experiences of eBay users. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 14, 1–16.
- Peters, C. S., Malesky, L. A. (2008). Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 480–483.

- Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, 645–655.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564–574.
- Pierce, E. F., Daleng, M. L., McGowan, R. W. (1993). Scores on exercise dependence among dancers. *Percept Mot Skills*, 76, 531–535.
- Pierce, E. F., Eastman, N. W., Tripathi, H. L., Olson, K. G., Dewey, W. L. (1993). Beta-endorphin response to endurance exercise: relationship to exercise dependence. *Percept Mot Skills*, 77, 767–770.
- Pietropinto, A. (1986). The workaholic spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20, 89–96.
- Piko, B. F. (2000). Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *J Community Health*, 25, 125–137.
- Piko, B. F., Keresztes, N. (2006). Physical activity, psychosocial health, and life goals among youth. *J Community Health*, 31, 136–145.
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548–557.
- Pope, H. G., Jr., Katz, D. L., Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry*, 34, 406–409.
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70–84.
- Porter, G., Starcevic, V., Berle, D., Fenech, P. (2010). Recognizing problem video game use. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 120–128.
- Potenza, M. N. (2008). Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 363, 3181–3189.
- Potenza, M. N., Koran, L. M., Pallanti, S. (2009). The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions. *Psychiatry Research*, 170, 22–31.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1500–1505.
- Pratarelli, M. E., Browne, B. L. (2002). Confirmatory factor analysis of internet use and addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 53–64.
- Przybylski, A. K., Ryan, R. M., Rigby, C. S. (2009). The Motivating Role of Violence in Video Games. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 243–259.
- Rácz, J. (1999). *Addiktológia. Tünettan és Intervenciók*. Budapest: HIETE.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Raylu, N., Oei, T. P. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009–1061.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse.

- Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511–2518.
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., Mossle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 269–277.
- Reid, R. L. (1986). The psychology of near miss. *Journal of gambling behavior*, 2, 32–39.
- Rice, L., Markey, P. M. (2009). The role of extraversion and neuroticism in influencing anxiety following computer-mediated interactions. *Personality and Individual Differences*, 46, 35–39.
- Rice, R. A. (2006). *MMO Evolution*. Raleigh, NC: Lulu press.
- Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M., Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *Journal of Consumer Research*, 35, 622–639.
- Ritter, A. (2001). *Az internethasználat néhány lehetséges hatása a serdülőkre*. Infinit műhelymunka, ITTK.
- Roberts, J. A. (1998). Compulsive Buying Among College Students: An Investigation of Its Antecedents, Consequences, and Implications for Public Policy. *Journal of Consumer Affairs*, 32, 295–319.
- Roberts, J. A., Jones, E. L. I. (2001). Money Attitudes, Credit Card Use, and Compulsive Buying among American College Students. *Journal of Consumer Affairs*, 35, 213–240.
- Robinson, B. E. (1989). *Work addiction*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Robinson, B. E. (1992). *Overdoing it: How to slow down and take care of yourself*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Robinson, B. E. (1996). Concurrent validity of the Work Addiction Risk Test as a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 79, 1313–1314.
- Robinson, B. E. (1998). *Chained to the Desk: A Guidebook for Workaholics, Their Partners and Children, and the Clinicians Who Treat Them*. New York: University Press.
- Robinson, B. E. (1999). The Work Addiction Risk Test: development of a tentative measure of workaholism. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 199–210.
- Robinson, B. E., Carroll, J. J., Flowers, C. (2001). Marital Estrangement, Positive Affect, and Locus of Control Among Spouses of Workaholics and Spouses of Nonworkaholics: A National Study. *American Journal of Family Therapy*, 29, 397–410.
- Robinson, B. E., Flowers, C. (2004). Understanding and Diagnosing Workaholism. In R. H. Coombs (szerk.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment* (pp. 353–382). US: John Wiley & Sons, Inc.
- Robinson, B. E., Kelley, L. (1998). Adult children of workaholics: Self-concept, anxiety, depression, and locus of control. *American Journal of Family Therapy*, 26, 223–238.
- Robinson, B. E., Phillips, B. (1995). Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychological Reports*, 77, 657–658.
- Robinson, B. E., Post, P. (1994). Validity of the Work Addition Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 337–338.
- Robinson, B. E., Post, P. (1995a). Split-half reliability of the Work Addiction Risk Test: Development of a measure of workaholism. *Psychological Reports*, 76, 1226.

- Robinson, B. E., Post, P. (1995b). Work addiction as a function of family of origin and its influence on current family functioning. *The Family Journal*, 3, 200–206.
- Robinson, B. E., Post, P., Khakee, J. F. (1992). Test-retest reliability of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 926–926.
- Rook, D. W., Fisher, R. J. (1995). Normative influence on impulsive buying behavior. *Journal of Consumer Research*, 22, 305–313.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, R. J. (2004). The role of medication in the treatment of pathological gambling: Bridging the gap between research and practice. *Journal of Gambling Issues*, 4.
- Ross, C. A. (2008). Paraphilia from a dissociative perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 613–622.
- Royal College of Physicians. (1991). *Medical aspects of exercise. Risks and benefits*. London: Royal College of Physicians.
- Rózsa, S., Kállai, J., Osváth, A., Bánki, M. C. (2005). *Temperamentum és Karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív felhasználói kézikönyve*. Budapest: Medicina.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., Kopp, M. (2003). A középkorú magyar népesség egészségi állapota: A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18, 83–94.
- Rudy, E. B., Estok, P. J. (1983). Intensity of jogging: its relationship to selected physical and psychosocial variables in women. *West J Nurs Res*, 5, 325–336.
- Rudy, E. B., Estok, P. J. (1989). Measurement and significance of negative addiction in runners. *West J Nurs Res*, 11, 548–558.
- Rueda, G. E., Díaz, L. A., Campo, A., Barros, J. A., Avila, G. C., Oróstegui, L. T., Osorio, B. C., Cadena, L. P. (2005). [Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders in university women]. *Biomedica*, 25, 196–202.
- Ruiz, P., Strain, E. C. (szerk.). (2011). *Lowinson and Ruiz's Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ryan, R. M., Rigby, C. S., Przybylski, A. (2006). The motivational pull of video games: A self-determination theory approach. *Motivation and Emotion*, 30, 347–363.
- Said, H., Badrullah, B. B., Shahid, M. (2011). Confirmatory factor analysis (Cfa) for testing validity and reliability instrument in the study of education. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 5, 1098–1103.
- Sartre, J. P. (1943/2006). *A lét és a semmi*. Budapest: L'Harmattan.
- Satorra, A., Bentler, P. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, C. Clogg (szerk.), *Latent Variables Analysis: Applications for Developmental Research* (pp. 399–419). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Funete, J. R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
- Schafer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C., Karow, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with

- childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 539–545.
- Schaufeli, W. B., Shimazu, A., Taris, T. W. (2009). Being driven to work excessively hard. The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. *Cross-Cultural Research*, 43, 320–348.
- Scherhorn, G., Reisch, L. A., Raab, G. (1990). Addictive buying in West Germany: An empirical study. *Journal of Consumer Policy*, 13, 355–387.
- Scherhorn, G., Reisch, L. A., Raab, G. (1992). *Addictive buying. Further investigations in West and East Germany*. Joint Conference on Economic Psychology and Experimental Economics, Frankfurt am Main, Germany, 27–30 August.
- Scherrer, J. F., Xian, H., Shah, K. R., Volberg, R., Slutske, W., Eisen, S. A. (2005). Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 677–683.
- Schlosser, S., Black, D. W., Repertinger, S., Freet, D. (1994). Compulsive buying. Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *General Hospital Psychiatry*, 16, 205–212.
- Scott, K. S., Moore, K. S., Miceli, M. P. (1997). An Exploration of the Meaning and Consequences of Workaholism. *Human Relations*, 50, 287–314.
- Seay, A. F., Kraut, R. E. (2007). *Project massive: Self-regulation and problematic use of online gaming*. CHI 2007: Proceedings of the ACM conference on human factors in computing systems, San Jose, CA, USA,
- Seybold, K. C., Salomone, P. R. (1994). Understanding Workaholism: A Review of Causes and Counseling Approaches. *Journal of Counseling & Development*, 73, 4–9.
- Shaffer, H. J., Freed, C. R. (2005). Assessment of gambling-related disorders. In D. M. Donovan, G. A. Marlatt (szerk.), *Assessment of addictive behaviors*: The Guilford Press.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369–1376.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., Vander Bilt, J. (2000). "Computer addiction": a critical consideration. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 162–168.
- Shaffer, H. J., Korn, D. A. (2002). Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annual Review of Public Health*, 23, 171–212.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R., Scanlan, K. M., Cummings, T. N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10, 339–362.
- Shah, K. R., Potenza, M. N., Eisen, S. A. (2004). Biological basis for pathological gambling. In J. E. Grant, M. N. Potenza (szerk.), *Pathological Gambling. A clinical guide to treatment* (pp. 127–142): American Psychiatric Publishing, Inc.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Jr., Khosla, U. M., McElroy, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267–272.
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., Stein, D. J. (2003). Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17, 207–216.



- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10, 99.
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., Black, D. W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, 12, 615–622.
- Siomos, K. E., Dafouli, E. D., Braimiotis, D. A., Mouzas, O. D., Angelopoulos, N. V. (2008). Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 653–657.
- Sipos, K., Sipos, M., Spielberger, C. D. (1988). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata [Hungarian version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)]. In F. Mérei, F. Szakács (szerk.), *Pszichodiagnosztikai Vademecum I/2* (pp. 123–135). Budapest: Tankönyvkiadó.
- Skokauskas, N., Burba, B., Freedman, D. (2009). An Assessment of the Psychometric Properties of Lithuanian Versions of DSM-IV-MR-J and SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*, 25, 263–271.
- Slay, H. A., Hayaki, J., Napolitano, M. A., Brownell, K. D. (1998). Motivations for running and eating attitudes in obligatory versus nonobligatory runners. *Int J Eat Disord*, 23, 267–275.
- Slutske, W. S., Eisen, S., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J., Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57, 666–673.
- Smahel, D., Blinka, L., Ledabyl, O. (2008). Playing MMORPGs: connections between addiction and identifying with a character. *Cyberpsychology and Behavior*, 11, 715–718.
- Smith, D. E. (2012). Editor's Note: The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 1–4.
- Smith, D. K., Hale, B. D. (2005). Exercise-dependence in bodybuilders: antecedents and reliability of measurement. *J Sports Med Phys Fitness*, 45, 401–408.
- Smith, D. K., Hale, B. D., Collins, D. (1998). Measurement of exercise dependence in bodybuilders. *J Sports Med Phys Fitness*, 38, 66–74.
- Snodgrass, J. G., Lacy, M. G., Dengah, H. J. F., 2nd, Fagan, J. (2011). Enhancing one life rather than living two: Playing MMOs with offline friends. *Computers in Human Behavior*, 27, 1211–1222.
- Snodgrass, J. G., Lacy, M. G., Dengah, H. J. F., 2nd, Fagan, J., Most, D. E. (2011). Magical flight and monstrous stress: technologies of absorption and mental wellness in Azeroth. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35, 26–62.
- Somer, E., Altus, L., Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: exploring the "chemical dissociation" hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 419–425.
- Sonneville, K. R., Calzo, J. P., Horton, N. J., Haines, J., Austin, S. B., Field, A. E. (2012). Body satisfaction, weight gain and binge eating among overweight adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 36, 944–949.
- Spada, M. M., Langston, B., Nikcevic, A. V., Moneta, G. B. (2008). The role of metacognitions in problematic internet use. *Computers in Human Behavior*, 24, 2325–2335.

- Spano, L. (2001). The relationship between exercise and anxiety, obsessive-compulsiveness, and narcissism. *Pers Individ Dif*, 30, 87-93.
- Sparks, K., Cooper, C., Fried, Y., Shirom, A. (1997). The effects of hours of work on health: A meta-analytic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 391-408.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Christenson, G. A., Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 175-179.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-81.
- Spéder, Z. (2002). A szegénység Magyarországon – az arányosított deprivációs index koncepciója alapján. *Szociológiai Szemle*, 12, 171-189.
- Spence, J. T., Robbins, A. S. (1992). Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160-178.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SPSS Inc. (2010). SPSS for Windows, Release 19.0. Chicago: SPSS Inc.
- Stein, D. J. (2000). Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 47, 296-304.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Prev Med*, 17, 35-47.
- Stewart, S. H., Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103, 1110-1117.
- Stewart, S. H., Zack, M., Collins, P., Klein, R. M. (2008). Subtyping pathological gamblers on the basis of affective motivations for gambling: relations to gambling problems, drinking problems, and affective motivations for drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 257-268.
- Stinchfield, R., Govoni, R., Frisch, G. R. (2004a). A review of screening and assessment instruments for problem and pathological gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins, R. Williams (szerk.), *Research and measurement issues in gambling studies*. New York: Academic Press.
- Stinchfield, R., Govoni, R., Frisch, G. R. (2004b). Screening and assessment instruments. In J. E. Grant, M. N. Potenza (szerk.), *Pathological Gambling. A clinical guide to treatment* (pp. 207-217): American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stucki, S., Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update. *Journal of Gambling Studies*.
- Sujoldzic, A., De Lucia, A. (2007). A cross-cultural study of adolescents – BMI, body image and psychological well-being. *Collegium Antropologicum*, 31, 123-130.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Eating disorders in female athletes. *Sports Med*, 17, 176-188.
- Surís, A. M., Lind, L. M., Kashner, M. T., Bernstein, I. H., Young, K., Worchel, J. (2005). Aggression and impulsivity instruments: An examination in veterans. *Military Psychology*, 17, 283-297.
- Susánszky, É., Konkoly-Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a HUNGAROSTUDY 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7, 247-255.

- Sussman, S., Lisha, N., Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation and the Health Professions*, 34, 3–56.
- Swan-Kremeir, L. A., Mitchell, J. E., Faber, R. J. (2005). Compulsive Buying: A Disorder of Compulsivity or Impulsivity. In J. S. Abramowitz, A. C. Houts (szerk.), *Concepts and Controversies in Obsessive-Compulsive Disorder* (pp. 185–190): Springer Science and Business Media, Inc.
- Symons Downs, D. S., Hausenblas, H. A., Nigg, C. R. (2004). Factorial Validity and Psychometric Examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8, 183–201.
- Szabo, A., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2013). Psychology and exercise. In D. Bagchi, S. Nair, C. K. Sen (szerk.), *Nutrition and Enhanced Sports Performance: Recommendations for Muscle Building*: Elsevier.
- Tao, Z. L., Liu, Y. (2009). Is there a relationship between Internet dependence and eating disorders? A comparison study of Internet dependents and non-Internet dependents. *Eating and Weight Disorders*, 14, e77–83.
- Tavares, H., Sabbatini, S., Lobo, D., Fuentes, D., Black, D. W. (2008). Compulsive buying disorder: a review and a Case Vignette. [Compras compulsivas: uma revisão e um relato de caso.]. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (Supl I), 16–23.
- Tavares, H., Zilberman, M., Beites, F. J., Gentil, V. (2001). Brief Communications: Gender Differences in Gambling Progression. *Journal of Gambling Studies*, 17, 151–159.
- Terry, A., Szabo, A., Griffiths, M. D. (2004a). The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12, 489–499.
- Terry, A., Szabo, A., Griffiths, M. D. (2004b). The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12, 489–499.
- Thomas, N. J., Martin, F. H. (2010). Video-arcade game, computer game and Internet activities of Australian students: participation habits and prevalence of addiction. *Australian Journal of Psychology*, 62, 59–66.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse*, 34, 1593–1604.
- Toneatto, T. (2008). Reliability and Validity of the Gamblers Anonymous Twenty Questions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 71–78.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 253–266.
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standard of Living*. Harmondsworth: Penguin.
- Treuer, T., Fabian, Z., Furedi, J. (2001). Internet addiction associated with features of impulse control disorder: is it a real psychiatric disorder? *Journal of Affective Disorders*, 66, 283.
- Tucker, L. A. (1982). Effect of a weight-training program on the self-concepts of college males. *Percept Mot Skills*, 54, 1055–1061.
- Tucker, L. A. (1983a). Effect of weight training on self-concept: A profile of those influenced most. *Res Q Exerc Sport*, 54, 389–397.
- Tucker, L. A. (1983b). Weight training: a tool for the improvement of the self and body concepts of males. *Journal of Human Movement Studies*, 9, 31–37.
- Tucker, L. A. (1987). Effect of weight training on body attitudes: who benefits most? *J Sports Med Phys Fitness*, 27, 70–78.

- Tucker, L. A., Maxwell, K. (1992). Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit. *Am J Health Promot*, 6, 338-344, 371.
- Turner, N., Littman-Sharp, N. (2006). Inventory of Gambling Situations user's guide. Elérhető:  
<http://www.problemgambling.ca/EN/Documents/InventoryGambUserGuide2009FinalProtected.pdf>
- Túry, F. (1995). Gondolatok az evészavarok addikciós elméletéhez. *Szenvedélybetegségek*, 3, 367-368.
- Túry, F. (2010). Evészavarok. In Z. Demetrovics, B. Kun (szerk.), *Az addiktológia alapjai IV*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Túry, F., Kovács, S., Gyenis, M. (2001). Az izomdiszmorfia (inverz anorexia nervosa) hazai gyakorisága testépítők között. *Szenvedélybetegségek*, 9, 326-330.
- Túry, F., Sáfrán, Z., Wildmann, M., László, Z. (1997). Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5, 336-342.
- Túry, F., Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia és bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Túry, F., Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- United States Department of Health and Human Services. (1996). *Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports.
- Unoka, Z., Rózsa, S., Kö, N., Kállai, J., Fábián, Á., Simon, L. (2004). A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19, 235-243.
- Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z., Demetrovics, Z. (2013). Bifactor Structural Model of Symptom Checklists: SCL-90 and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. (under review).
- Urbán, R., Szigeti, R., Kökönyei, G., Demetrovics, Z. (2012). Testing competing factor structures, gender invariance, and temporal stability of the Rosenberg Self-Esteem Scale in adolescents. manuscript under review.
- Ursua, M. P., Uribe Larrea, L. L. (1998). 20 Questions of Gamblers Anonymous: A Psychometric Study with Population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, 14, 3-15.
- Valence, G., d'Astous, A., Fortier, L. (1988). Compulsive buying: Concept and measurement. *Journal of Consumer Policy*, 11, 419-433.
- Van den Eijnden, R. J., Meerkerk, G. J., Vermulst, A. A., Spijkerman, R., Engels, R. C. (2008). Online communication, compulsive Internet use, and psychosocial well-being among adolescents: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 44, 655-665.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M., Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 11-19.

- Van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., Van den Eijnden, R. J., Van de Mheen, D. (2011). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, 106, 205–212.
- Vandenberg, R. J., Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3, 4–69.
- Varga, G., Urbán, R., Székely, A., Kapitány-Fövény, M., Farkas, J., Kun, B., Paksi, B., Demetrovics, Z. (2013). Validation of the Barratt Impulsiveness Scale in a Hungarian adult sample. Manuscript.
- Vermunt, J. K., Magidson, J. (2002). Latent Class Cluster Analysis. In J. A. Hagenaars, A. L. McCutcheon (szerk.), *Advances in Latent Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Volberg, R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237–241.
- Volberg, R. A., Young, M. M. (2008). *Using SOGS vs CPGI in problem gambling screening and assessment: Research Summary*. Commissioned by the Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Volkow, D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108, 15037–15042.
- von Diemen, L., Szobot, C. M., Kessler, F., Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 153–156.
- Waddington, I. (2000). *Sport, Health, and Drugs: A Critical Sociological Perspective*. London: Spoon Press.
- Walker, M. B. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8, 245–261.
- Walther, B., Morgenstern, M., Hanewinkel, R. (2012). Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European Addiction Research*, 18, 167–174.
- Walther, J. B. (1996). Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, 23, 3–43.
- Wan, C. S., Chiou, W. B. (2006). Psychological motives and online games addiction: A test of flow theory and humanistic needs theory for Taiwanese adolescents. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 317–324.
- Wang, C. C., Chu, Y. S. (2007). Harmonious passion and obsessive passion in playing online games. *Social Behavior and Personality*, 35, 997–1005.
- Wang, C. C., Yang, H. W. (2008). Passion for online shopping: the influence of personality and compulsive buying. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 36, 693–706.
- Wang, E. S., Chen, L. S., Lin, J. Y., Wang, M. C. (2008). The relationship between leisure satisfaction and life satisfaction of adolescents concerning online games. *Adolescence*, 43, 177–184.
- Wang, W. E. I. (2001). Internet dependency and psychosocial maturity among college students. *International Journal of Human-Computer Studies*, 55, 919–938.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174, 801–809.

- Weibel, D., Wissmath, B., Habegger, S., Steiner, Y., Groner, R. (2008). Playing online games against computer- vs. human-controlled opponents: Effects on presence, flow, and enjoyment. *Computers in Human Behavior*, 24, 2274–2291.
- Weinstein, A., Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 277–283.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S.--results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18, 313–337.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., Parker, J. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29, 323–335.
- Wenzel, H. G., Øren, A., Bakken, I. J. (2008). Gambling problems in the family – A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC Public Health*, 8, 412–416.
- Weun, S., Jones, M. A., Beatty, S. E. (1997). A parsimonious scale to measure impulse buying tendency. In W. M. Pride, G. T. Hult (szerk.), *AMA Educators' Proceedings: Enhancing knowledge development in marketing* (pp. 306–307). Chicago: American Marketing Association.
- Wang, L. S., Heo, S. J., Hur, M. Y. (2004). The online game addiction as a luxury syndrome: An immersion of digital world as a consumption of digital product. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 318–318.
- Wang, L. S., Jee, Y. K. (2005). *The Comparision of Online Game Experiences by Players in Games of Lineage and EverQuest: Role Play vs. Consumption*. Changing Views: Worlds in Play - DiGRA Second International Conference, Vancouver: University of Vancouver,
- Wang, L. S., Lee, S., Chang, G. (2003). Internet over-users' psychological profiles: A behavior sampling analysis on Internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 143–150.
- Wheaton, B. (1987). Assessment of fit in overidentified models with latent variables. *Sociological Methods and Research*, 16, 118–154.
- WHO. (1994). *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Department of mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and mental Health Cluster.
- Widyanto, L., McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 443–450.
- Wiebe, J., Single, E., Falkowski-Ham, A. (2011 ). *Measuring gambling and problem gambling in Ontario*. Responsible Gambling Council, Ottawa, Ontario, 5-8 April.
- Wiederman, M. W., Pryor, T. L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: the mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 90–95.
- Williams, D., Ducheneaut, N., Xiong, L., Yee, N. (2006). From Tree House to Barracks - The Social Life of Guilds in World of Warcraft. *Games and Culture*, 1, 338–360.
- Williams, D., Yee, N., Caplan, S. E. (2008). Who plays, how much, and why? Debunking the stereotypical gamer profile. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 993–1018.

- Williams, R. J., Royston, J., Hagen, B. F. (2005). Gambling and problem gambling within forensic populations. A review of the literature. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 665–689.
- Wilsnack, S., Bloomfield, K., Monteiro, M., Room, R. (1999). Gender, Culture, and Alcohol: A Multi-National Study. Grant Application. University of North Dakota.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63–84.
- Wise, R. A. (2009). Roles for nigrostriatal--not just mesocorticolimbic--dopamine in reward and addiction. *Trends in Neurosciences*, 32, 517–524.
- Wise, R. A., Rompre, P. P. (1989). Brain dopamine and reward. *Annual Review of Psychology*, 40, 191–225.
- Woititz, J. G. (1987). *Home away from home*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Wood, R. T. A. (2007). The problem with the concept of video game “addiction”: Some case examples. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 6, 169–178.
- Wood, R. T. A., Griffiths, M. D., Chappell, D., Davies, M. N. O. (2004). The structural characteristics of video games: A psycho-structural analysis. *Cyberpsychology and Behavior*, 7, 1–10.
- World Health Organization. (1994). *A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása. Klinikai leírás és diagnosztikus útmutató*. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Wölfling, K., Thalemann, R., Grüsser-Sinopoli, S. M. (2007). Computer game addiction: a psychopathological symptom complex in adolescence. *Psychiatrische Praxis*, 35, 226–232.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820–843.
- Wurmser, L. (1995). *The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Wynne, H. J. (2003). *Introducing the Canadian Problem Gambling Index*. Canadian Consortium for Gambling Research.
- Xiuqin, H., Huimin, Z., Mengchen, L., Jinan, W., Ying, Z., Ran, T. (2010). Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 401–406.
- Yang, S. C., Tung, C.-J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in Human Behavior*, 23, 79–96.
- Yates, A., Leehey, K., Shisslak, C. M. (1983). Running--an analogue of anorexia? *N Engl J Med*, 308, 251–255.
- Yates, A., Shisslak, C. M., Allender, J., Crago, M., Leehey, K. (1992). Comparing obligatory to nonobligatory runners. *Psychosomatics*, 33, 180–189.
- Yee, N. (2006a). The Demographics, Motivations and Derived Experiences of Users of Massively-Multiuser Online Graphical Environments. *PRESENCE: Teleoperators and Virtual Environments*, 15, 309–329.
- Yee, N. (2006b). The Labor of Fun - How Video Games Blur the Boundaries of Work and Play. *Games and Culture*, 1, 68–71.
- Yee, N. (2006c). Motivations for play in online games. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 772–775.

- Yee, N. (2006). The psychology of MMORPGs: emotional investment, motivations, relationship formation, and problematic usage. In R. Schroeder, A. Axelsson (szerk.), *Avatars at work and play: Collaboration and interaction in shared virtual environments* (pp. 187–207). London: Springer.
- Yeh, Y. C., Lin, S. S. J., Tseng, Y. H., Hwang, F. M. (2012). The questionnaire of lifestyle change in regard to problematic internet use: factor structure and concurrent and cross-year predictive utilities. *Turkish Online Journal of Educational Technology*, 11, 315–324.
- Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Tang, T. C., Ko, C. H. (2009). The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 187–191.
- Yi, S. (2012). Heterogeneity of compulsive buyers based on impulsivity and compulsivity dimensions: A latent profile analytic approach. *Psychiatry Research*.
- Yoo, H. J., Cho, S. C., Ha, J., Yune, S. K., Kim, S. J., Hwang, J., Chung, A., Sung, Y., Lyoo, A. I. K. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 487–494.
- Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899–902.
- Young, K. S. (1997). *What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Internet Use*. Paper presented at the 105th annual conference of the American Psychological Association, Chicago,
- Young, K. S. (1998a). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: Wiley.
- Young, K. S. (1998b). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 237–244.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. In L. Vande Creek, T. Jackson (szerk.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 17, 19–31). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, K. S. (2009a). Are You An Obsessive Online Gamer? Megnyitva: 2013. február 12, Elérhető:  
[http://www.netaddiction.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80%3Agamer&catid=42%3Arecovery-resources&Itemid=84](http://www.netaddiction.com/index.php?option=com_content&view=article&id=80%3Agamer&catid=42%3Arecovery-resources&Itemid=84)
- Young, K. S. (2009b). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *American Journal of Family Therapy*, 37, 355–372.
- Young, K. S., Pistner, M., O'Mara, J., Buchanan, J. (1999). Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium. *Cyberpsychology and Behavior*, 2, 475–479.
- Young, K. S., Rodgers, R. C. (1998a). *Internet Addiction: Personality Traits Associated with Its Development*. Paper presented at the 69th annual meeting of the Eastern Psychological Association,
- Young, K. S., Rodgers, R. C. (1998b). The relationship between depression and internet addiction. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 25–28.
- Yurchisin, J., Johnson, K. K. P. (2004). Compulsive Buying Behavior and Its Relationship to Perceived Social Status Associated with Buying, Materialism, Self-Esteem, and Apparel-Product Involvement. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 32, 291–314.
- Zahodne, L. B., Susatia, F., Bowers, D., Ong, T. L., Jacobson, C. E. t., Okun, M. S., Rodriguez, R. L., Malaty, I. A., Foote, K. D., Fernandez, H. H. (2011). Binge eating



- in Parkinson's disease: prevalence, correlates and the contribution of deep brain stimulation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23, 56–62.
- Zait, A., Berteau, P. E. (2011). Methods for testing discriminant validity. *Management & Marketing Craiova*, 2, 217–224.
- Zhou, Y., Li, Z. (2009). Online game addiction among chinese college students measurement and attribution. *Studies in Health Technology and Informatics*, 144, 149–154.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D. (2006). Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *Journal of Gambling Studies*, 22, 255–262.
- Zuckerman, M., Eysenck, S., Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: cross-cultural age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139–149.
- Zweig, M. H., Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*, 39, 561–577.

**8 MELLÉKLETEK**

## 8.1 Az OLAAP vizsgálat módszertani bemutatásának kiegészítő táblázatai és ábrái

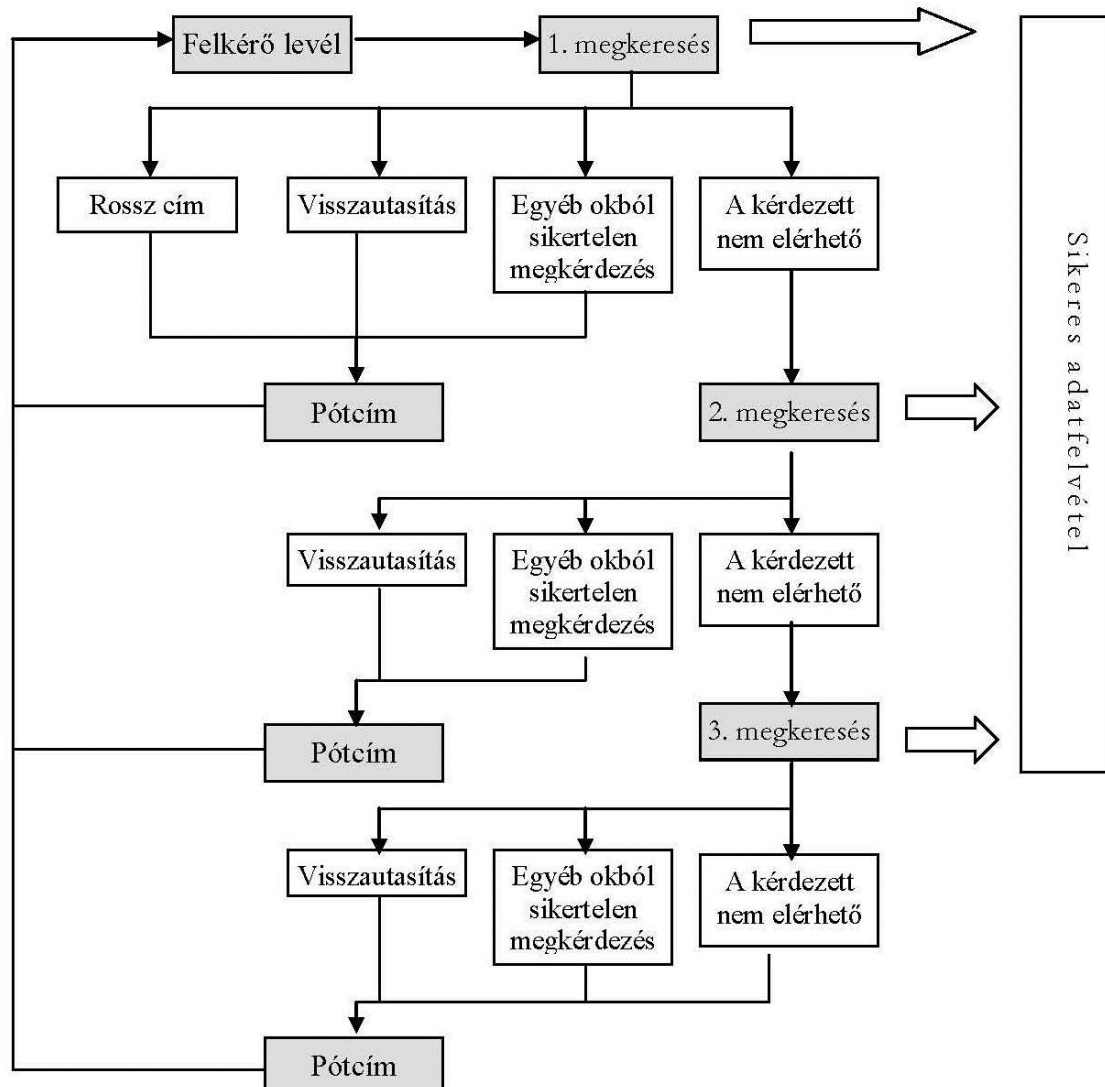
### 8.1.1 A mintakeret eloszlása régió, településméret és korcsoport szerint (6.662.587 fő = 100%)

Régió	Településméret	Korcsoportok (%)				
		18–34		35–64		
Budapest		6,10		10,53		
		18–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Észak-nyugat régió	0–999	0,30	0,48	0,49	0,44	0,38
	1000–4999	0,77	1,32	1,26	1,12	0,96
	5000–9999	0,20	0,35	0,33	0,29	0,27
	10000–49999	0,50	0,93	0,85	0,74	0,70
	50000–149999	0,68	1,45	1,22	1,10	1,10
Dél-nyugat régió	0–999	0,37	0,60	0,63	0,54	0,46
	1000–4999	0,47	0,78	0,81	0,69	0,64
	5000–9999	0,10	0,18	0,18	0,15	0,15
	10000–49999	0,34	0,62	0,61	0,51	0,50
	50000–149999	0,23	0,46	0,43	0,35	0,37
Közép-kelet régió	150000+	0,18	0,37	0,35	0,32	0,30
	0–999	0,11	0,18	0,18	0,16	0,16
	1000–4999	0,80	1,39	1,33	1,20	1,11
	5000–9999	0,47	0,87	0,79	0,77	0,67
	10000–49999	1,10	2,14	1,88	1,81	1,67
Észak-kelet régió	50000–149999	0,24	0,49	0,44	0,40	0,38
	0–999	0,23	0,34	0,33	0,32	0,26
	1000–4999	0,90	1,32	1,25	1,17	0,91
	5000–9999	0,35	0,53	0,50	0,46	0,38
	10000–49999	0,61	1,01	0,93	0,82	0,71
Dél-kelet régió	50000–149999	0,16	0,32	0,27	0,25	0,21
	150000+	0,49	0,97	0,86	0,78	0,73
	0–999	0,05	0,07	0,08	0,07	0,07
	1000–4999	0,47	0,78	0,79	0,69	0,67
	5000–9999	0,27	0,45	0,44	0,38	0,37
Dél-kelet régió	10000–49999	0,58	1,05	0,99	0,86	0,86
	50000–149999	0,22	0,44	0,40	0,36	0,33
	150000+	0,20	0,42	0,36	0,34	0,33

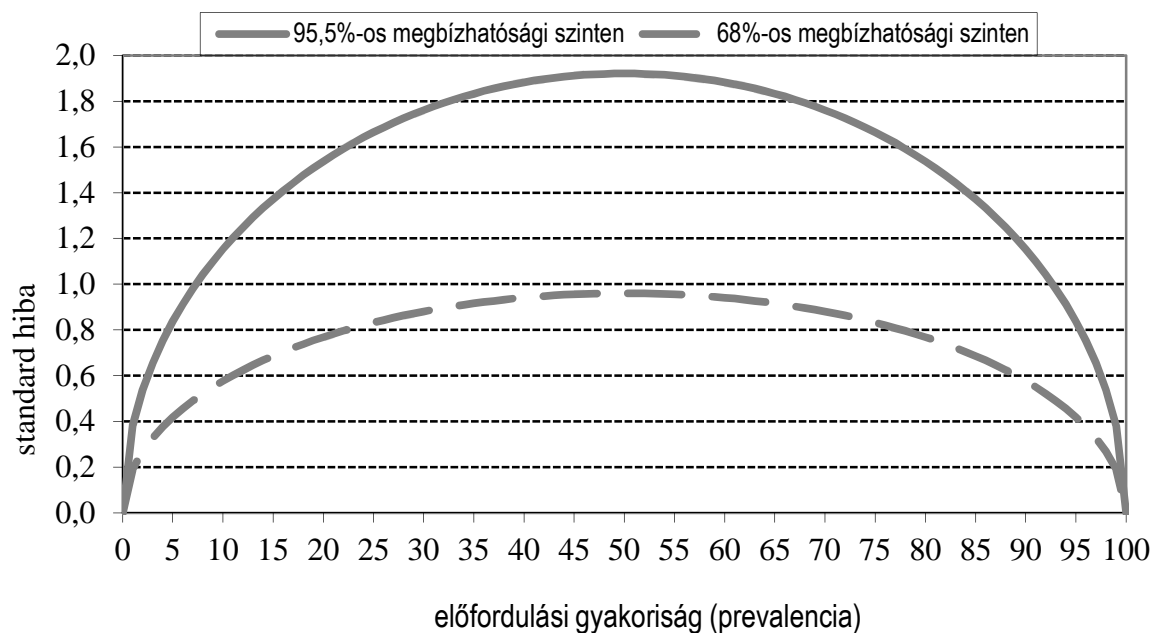
## 8.1.2 A bruttó főminta elemszáma az egyes rétegekben

Területi jellemzők	és/vagy urbanizációs	Korcsoportok					Összesen
		Kerület	18–34	35–44			
Budapest		I.	6	5			11
		II.	16	16			32
		III.	28	24			52
		IV.	24	19			43
		V.	6	5			11
		VI.	10	7			17
		VII.	14	11			25
		VIII.	16	14			30
		IX.	12	10			22
		X.	18	14			32
		XI.	26	23			49
		XII.	12	11			23
		XIII.	24	20			44
		XIV.	22	20			42
		XV.	18	16			34
		XVI.	14	14			28
		XVII.	18	16			34
		XVIII.	20	18			38
		XIX.	14	12			26
		XX.	14	12			26
		XXI.	18	15			33
		XXII.	12	10			22
		XXIII.	4	4			8
		Összesen	366	316			682
Régió	Településméret	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	Összesen
Észak-nyugat régió	0–999	10	15	14	14	10	63
	1000–4999	24	38	32	38	32	164
	5000–9999	6	11	8	9	9	43
	1000–49999	17	30	20	25	20	112
	50000–149999	21	42	33	37	32	165
Dél-nyugat régió	0–999	9	12	12	15	10	58
	1000–4999	18	27	24	29	23	121
	5000–9999	4	6	4	5	4	23
	1000–49999	11	19	14	19	15	78
	50000–149999	7	14	11	13	11	56
	150000 +	6	11	10	11	9	47
Közép-kelet régió	0–999	4	6	4	5	4	23
	1000–4999	28	43	35	34	35	175
	5000–9999	15	25	24	24	19	107
	1000–49999	39	64	52	52	52	259
	50000–149999	7	15	12	13	11	58
Észak-kelet régió	0–999	6	9	10	9	10	44
	1000–4999	25	41	33	41	26	166
	5000–9999	10	15	16	16	10	67
	1000–49999	17	29	23	29	24	122
	50000–149999	5	10	7	8	6	36
	150000 +	15	29	23	26	22	115
Dél-kelet régió	0–999	2	2	2	2	2	10
	1000–4999	13	25	19	25	20	102
	5000–9999	9	12	12	12	12	57
	1000–49999	18	31	24	32	25	130
	50000–149999	6	13	11	11	10	51
	150000 +	6	12	10	11	10	49
Vidék	Összesen	358	606	499	565	473	2501
Teljes	bruttó Összesen						3183

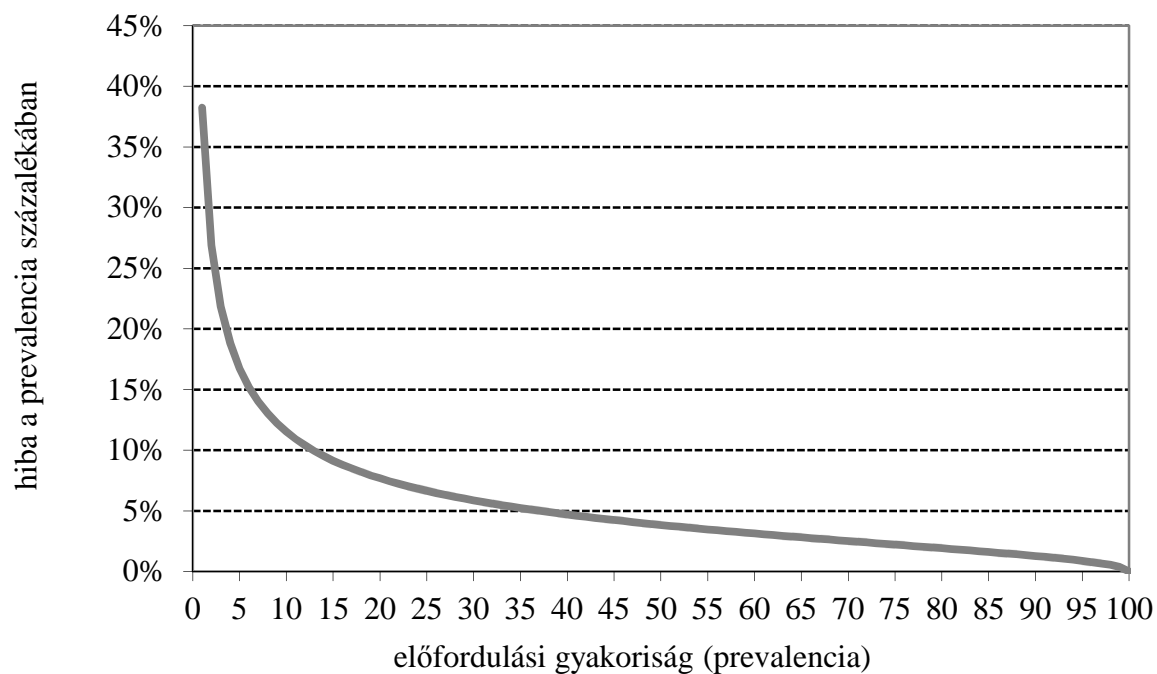
### 8.1.3 A címlistán szereplő személyek felkeresésének menete



8.1.4 A standard hiba elméleti nagysága a különböző előfordulási gyakoriságok esetén a nettó mintában



8.1.5 A nettó mintára vonatkozó statisztikai erő görbe



## 8.1.6 Az egyes rétegekben alkalmazott súlyok

Régió	Településméret	Korcsoportok				
		18–34		35–64		
Budapest		0,64045		1,22490		
		18–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Észak-nyugati régió	0–999	0,8914	0,8104	1,1147	0,7975	1,0196
	1000–4999	0,8721	0,9965	1,1767	0,8010	0,8413
	5000–9999	1,3429	1,1990	1,4908	1,3111	1,0499
	10000–49999	0,8993	0,9016	1,2078	0,7705	0,9078
	50000–149999	1,0910	1,0065	1,3266	1,1490	1,1937
Dél-nyugati régió	0–999	1,1092	1,3438	1,5402	0,9826	1,2527
	1000–4999	0,7003	0,8098	1,0443	0,6406	0,7524
	5000–9999	0,6971	0,8351	0,9890	1,0226	1,0043
	10000–49999	1,1384	1,3966	1,5006	0,9786	1,3574
	50000–149999	1,0258	1,1299	1,1648	0,7350	0,9972
	150000+	1,0019	0,7786	0,7963	0,8613	0,9046
Közép-keleti régió	0–999	0,7339	0,7948	1,2383	0,8558	1,0616
	1000–4999	0,8023	0,9169	1,2459	1,0205	0,9140
	5000–9999	0,8580	0,9422	0,8926	0,9460	0,9500
	10000–49999	0,9952	1,2078	1,3400	1,1991	1,1305
	50000–149999	0,9335	1,1040	1,4772	0,9851	1,2909
Észak-keleti régió	0–999	1,0470	1,0210	0,8871	0,9545	0,6980
	1000–4999	1,3496	1,2324	1,6075	1,0958	1,4562
	5000–9999	1,1790	1,1123	1,0527	0,8322	1,1307
	10000–49999	1,0367	0,9096	1,0530	0,7654	0,9138
	50000–149999	0,8783	0,9665	1,0488	0,8348	0,9672
	150000+	0,8938	1,0105	1,1119	0,8109	0,9386
Dél-keleti régió	0–999	0,6237	0,9111	1,0228	0,8961	0,8863
	1000–4999	1,0616	0,9173	1,1946	0,7762	0,9057
	5000–9999	0,8059	1,0207	1,0818	0,8523	0,8257
	10000–49999	0,9831	0,9148	1,1143	0,7532	0,9312
	50000–149999	1,5050	1,9862	1,0729	1,0794	1,1218
	150000+	2,7419	1,2560	1,0696	1,0238	1,2617

8.1.7 Az OLAAP vizsgálatban, az alkoholhasználat és a dohányzás mértékének becslésére alkalmazott indikátorok

	EMCDDA	IRGGA	WHO	ADE 2001	ADE 2003
<b>ALKOHOLHASZNÁLAT INDIKÁTORAI</b>					
Havi prevalencia	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
Havi fogyasztási gyakoriság	<b>X</b>	<b>X</b>			
Utolsó alkoholfogyasztás ideje			<b>X*</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Utolsó alkoholfogyasztás mennyisége				<b>X</b>	<b>X</b>
Éves prevalencia	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X**</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Éves fogyasztási gyakoriság	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X**</b>		
Szokásos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége		<b>X</b>	<b>X**</b>		<b>X</b>
Éves prevalencia italfajtánként	<b>X<sup>+</sup></b>	<b>X</b>			<b>X</b>
Előző év mennyiség/gyakoriság, italfajtánként	<b>X<sup>+</sup></b>	<b>X</b>	<b>X*</b>		<b>X</b>
Nagyívás (6 vagy több ital) prevalenciája az elmúlt évben	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X**</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Nagyívás gyakorisága az elmúlt évben	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X**</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Életprevalencia			<b>X***</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Fogyasztás gyakorisága a teljes élet során					<b>X</b>
Lerészegedés különböző idejű prevalencia-értékei és gyakorisági adatai				<b>X</b>	<b>X</b>
Első alkoholfogyasztás és berúgás életkora				<b>X</b>	<b>X</b>
Egyéb kérdések: elfogadhatónak vélt alkohol-mennyiség italfajtánként, az alkoholfogyasztás előnyei				<b>X</b>	<b>X</b>
<b>DOHÁNYZÁS INDIKÁTORAI</b>					
Életprevalencia	<b>X</b>				
Aktuális dohányzás prevalenciája	<b>X</b>				
Dohányzás intenzitása	<b>X<sup>+</sup></b>				

*Megjegyzés:* az egyes indikátorok, az egyes hazai és nemzetközi vizsgálatokkal, illetve ajánlásokkal való kompatibilitását X-szel jelöltük. \* WHO egyesített egészségügyi interjú; \*\* WHO minimumkérdés; \*\*\* WHO bővített kérdéssor; <sup>+</sup> ajánlott kérdés.



8.1.8 Az OLAAP vizsgálatban a legális és illegális pszichoaktív-szer-használat mértékének becslésére alkalmazott indikátorok

	EMCDDA	ADE 2001	ADE 2003
<b>LEGÁLIS PSZICHOAKTÍV SZEREK HASZNÁLATÁNAK INDIKÁTORAI</b>			
Havi prevalencia	<b>X</b>		
Havi fogyasztási gyakoriság	<b>X</b>		
Éves prevalencia	<b>X</b>		
Fogyasztási gyakoriság ez elmúlt évben	<b>X</b>		
Életprevalencia		<b>X</b>	<b>X</b>
Utolsó használat alkalmával a hozzájutás módja	<b>X</b>		
Első orvosi javaslat nélküli használat éve		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TILTOTTDROG-HASZNÁLAT INDIKÁTORAI</b>			
Ismer-e valakit, aki fogyasztott valamilyen szert (szerenként)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Életprevalencia szerenként	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Fogyasztási gyakoriság az eddigi élet során szerenként		<b>X</b>	<b>X</b>
Éves prevalencia szerenként	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Havi prevalencia szerenként	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Fogyasztási gyakoriság az előző hónapban szerenként		<b>X</b>	<b>X</b>
Elsőként használt drog		<b>X</b>	<b>X</b>
Az első használat éve szerenként		<b>X</b>	<b>X</b>
Rekreációs droghasználat (marihuána, ecstasy, amfetamin, kokain, LSD)			<b>X</b>
Drogfogyasztással/drogfogyasztókkal kapcsolatos attitűdök: drogfüggők megítélése; drogfogyasztók megítélése; fogyasztás veszélyességével, drogpolitikával kapcsolatos vélemények	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

*Megjegyzés:* az egyes indikátorok, az egyes hazai és nemzetközi vizsgálatokkal, illetve ajánlásokkal való kompatibilitását X-szel jelöltük.

## 8.2 A IV., V., VI., és IX. vizsgálatban alkalmazott kérdések és kérdőívek

Téma- kör		Online játás	Testedzés- függőség	Szerencse -játék	Kényszeres vásárlás
Szociodemográfiai adatok	Nem	X	X	X	X
	Életkor	X	X	X	X
	Családi állapot	X	X	X	X
	Lakhely	X	X	X	X
	Kivel él együtt (család, albérlet stb.)	X	–	–	–
	Iskolai végzettség	X	X	X	X
	Tanulás	X	X	X	X
	Munka	X	X	X	X
	Foglalkozás	–	X	X	X
	Anyagi körülmények	X	X	X	X
	Jövedelem	–	–	–	X
Szerhasználat	Dohányzás (életprevalencia, aktuális dohányzás)	X	X	X	X
	AUDIT (1–3. kérdés) (Babor és mtsai, 2001)	X	X	X	X
	Alkohol (30 napos prevalencia és nagyívás)	X	X	X	X
	Egyéb szerek (élet-, éves- és havi prevalencia)	X	X	X	X
Játás	Online játék jellemzői	X	–	–	–
	MOGQ (Demetrovics és mtsai, 2011)	X	–	–	–
	POGQ (Demetrovics és mtsai, 2012)	X	–	–	–
Testépítés	Testedzés jellemzői	–	X	–	–
	LTEQ (Godin és Shephard, 1997)	–	X	–	–
	Borg Skála (Borg, 1998)	–	X	–	–
	Pénz sportra	–	X	–	–
	Magasság, testsúly, ideális testsúly	–	X	–	–
	EAI (Terry és mtsai, 2004a)	–	X	–	–
	EDS (Hausenblas és Symons Downs, 2002b)	–	X	–	–
Szerencse- játék	SOGS (Gyollai és mtsai, 2011; Lesieur és Blume, 1993)	–	–	X	–
	GMQ (S. H. Stewart és Zack, 2008)	–	–	X	–
	PGSI (Gyollai és mtsai, 2013; Holtgraves, 2009)	–	–	X	–
Éves – testkép	MASS (Babusa, Urbán, Czeglédi és Túry, 2012; Mayville, Williamson, White, Netemeyer és Drab, 2002)	–	X	–	–
	SCOFF (Luck és mtsai, 2002; Morgan, Reid és Lacey, 1999a)	–	X	–	–
	EDI – Testi elégedettség (Garner, Olmstead és Polivy, 1983; F. Túry, Sáfrán, Wildmann és László, 1997)	–	X	–	–
	Fallon-Rozin Teszt (Fallon és Rozin, 1985; F. Túry és P. Szabó, 2000)	–	X	–	–
Vásárlási kényszer	CSS (Edwards, 1993)	–	–	–	X
	QABB (Lejoyeux és Ades, 1994)	–	–	–	X
	CBS (Ridgway és mtsai, 2008)	–	–	–	X
Egyéb kérdőívek	TIPI (Gosling és mtsai, 2003)	X	X	X	X
	WBI (Bech és mtsai, 1996; Susánszky és mtsai, 2006)	X	X	X	X
	BSI (Derogatis, 1975; Derogatis és Spencer, 1982)	X	X	X	X
	BSSS (Szenzoros élménykeresés) (Hoyle és mtsai, 2002)	X	X	X	X
	Rosenberg önértékelés (RSES) (Rosenberg, 1965; Urbán és mtsai, 2012)	X	X	X	X
	DES-II (disszociáció) (Bernstein és Putnam, 1986)	–	X	X	X
	BIS-11 (impulzivitás) (Patton és mtsai, 1995)	–	X	X	X
	Contingens önértékelés (M. Johnson és Blom, 2007)	–	X	–	X

8.3 Az V. vizsgálatban alkalmazott riportlap

dc\_372\_12

REPORTLAP

sorszám:

--	--	--	--

Helyszín		Kérdezők	
NÉV: .....		NÉV 1.: .....	
CÍM: .....		NÉV 2.: .....	
Dátum		Idő	
2010. .... (hónap) ..... (nap)		KEZDÉS: ..... óra ..... perc; BEFEJEZÉS: ..... óra ..... perc	
NEME	KORA	RIPORT	
1=férfi; 2=nő	0=<18; 1=18-19; 2=20-29; 3=30-39; 4=40-49; 5=50-59; 6=60 fölött; 9=nem tudni	1E=e-mail; 1K=kérdőív; 2=elutasítás; 3=nem sikerült kapcsolatba lépni; 0=nem célcsoport	

sorszám	neme	kora	riport
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			

sorszám	neme	kora	riport
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			
59.			
60.			
61.			
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			

sorszám	neme	kora	riport
71.			
72.			
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			
88.			
89.			
90.			
91.			
92.			
93.			
94.			
95.			
96.			
97.			
98.			
99.			
100.			
101.			
102.			
103.			
104.			
105.			

## 8.4 A disszertációban bemutatásra kerülő saját kialakítású, illetve adaptált kérdőívek

### 8.4.1 A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) (felnőtt-magázós verzió)

Az alábbiakban az internethasználatával kapcsolatos állításokat olvashat. Kérjük, jelezze az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire jellemzőek Önre!

	soha	ritkán	időnként	gyakran	majdnem mindig/ mindig
1. Amikor nincs az interneten, milyen gyakran fantáziál az internetről, vagy gondol arra, hogy milyen lenne most internetezni?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran hanyagolja el otthoni teendőit azért, hogy többet internetezhessen?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran érzi úgy, hogy csökkentenie kellene az internetezéssel töltött időt?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran ábrándozik az internetről?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran internetezik olyankor, amikor inkább aludnia kellene?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretné csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
7. Milyen gyakran érzi nyugtalannak, feszültnek magát, ha nem internetezhetett annyit, amennyit szeretett volna?	1	2	3	4	5
8. Milyen gyakran választja az internetezést a partnerével való együttlét helyett?	1	2	3	4	5
9. Milyen gyakran próbálja titkolni, hogy mennyi időt töltött az interneten?	1	2	3	4	5
10. Milyen gyakran érzi nyugtalannak, feszültnek magát, ha több napig nem tudott internetezni?	1	2	3	4	5
11. Milyen gyakran szenved hátrányt a munkája vagy a teljesítménye az internetezés miatt?	1	2	3	4	5
12. Milyen gyakran érzi úgy, hogy internethasználata problémát okoz az Ön számára?	1	2	3	4	5
13. Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzi magát, amikor nem internetezik, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezik az internetre?	1	2	3	4	5

## dc\_372\_12

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetében lévők arra, hogy túl sok időt tölt az interneten?                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Milyen gyakran veszi észre magán, amikor internetezik, hogy azt mondja: „csak még egy pár perc és abbahagyom”?              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Milyen gyakran álmodik az internettel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Milyen gyakran választja az internetezést ahelyett, hogy elmenne valakivel szórakozni?                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Milyen gyakran jut eszébe, hogy segítséget kellene kérnie egy pszichológustól vagy pszichiátertől internethasználata miatt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

	Obszesszió	Elhanyagolás	Kontrollzavar
	Obsession	Neglect	Control disorder
PIUQ-18	1, 4, 7, 10, 13, 16	2, 5, 8, 11, 14, 17	3, 6, 9, 12, 15, 18
PIUQ-9	7, 10, 13	2, 5, 14	3, 6, 9
PIUQ-6	7, 13	5, 14	6, 9

## 8.4.2 A Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) (serdülő-tegezős verzió)

Az alábbiakban az internethasználatoddal kapcsolatos állításokat olvashatsz. Kérjük, jelezd az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire jellemzőek rád!

	soha	ritkán	időnként	gyakran	majdnem mindig/ mindig
1. Amikor nem vagy az interneten, milyen gyakran fantáziálsz az internetről, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most internetezni?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene az internetezéssel töltött időt?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran ábrándozol az internetről?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran internetezel olyankor, amikor inkább aludnod kellene?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
7. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretnél volna?	1	2	3	4	5
8. Milyen gyakran választod az internetezést a barátaiddal való együttlét helyett?	1	2	3	4	5
9. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?	1	2	3	4	5
10. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni?	1	2	3	4	5
11. Milyen gyakran szenved hátrányt az iskolai teljesítményed az internetezés miatt?	1	2	3	4	5
12. Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra?	1	2	3	4	5
13. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre?	1	2	3	4	5

## dc\_372\_12

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetekben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten?                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Milyen gyakran veszed észre magadon, amikor internetezel, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”?              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Milyen gyakran álmodsz az internettel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Milyen gyakran választod az internetezést ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kellene kérned egy pszichológustól vagy pszichiátertől internethasználatod miatt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

	Obszesszió	Elhanyagolás	Kontrollzavar
	Obsession	Neglect	Control disorder
PIUQ-18	<b>1, 4, 7, 10, 13, 16</b>	<b>2, 5, 8, 11, 14, 17</b>	<b>3, 6, 9, 12, 15, 18</b>
PIUQ-9	<b>7, 10, 13</b>	<b>2, 5, 14</b>	<b>3, 6, 9</b>
PIUQ-6	<b>7, 13</b>	<b>5, 14</b>	<b>6, 9</b>

## 8.4.3 A Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ)

Az alábbiakban az *internetes online játékok használatával* kapcsolatos állításokat olvashatsz. A kérdőív KIZÁRÓLAG AZ INTERNETES (ONLINE) JÁTÉKOKRA VONATKOZIK, de az egyszerűség kedvéért az egyes állításoknál csak a „játék” kifejezést használjuk.

Kérjük, jelezd az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire, milyen gyakran jellemzőek rád!

	soha	ritkán	időnként	gyakran	majdnem mindig/ mindig
1. Amikor nem játszol, milyen gyakran fantáziálsz a játékról, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most játszani?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy lehangoltnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem játszol, de aztán ez az érzés elmúlik, amikor játszani kezdesz?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene a játékkal töltött időt?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetedben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran fordul elő, hogy nem találkozol egy barátoddal, mert inkább játszani szeretnél?	1	2	3	4	5
7. Milyen gyakran ábrándozol a játékról?	1	2	3	4	5
8. Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érzékeled, milyen gyorsan múlik az idő?	1	2	3	4	5
9. Milyen gyakran érzed magad nyugtalannak, feszültnek, ha nem játszhattál annyit, amennyit szeretnél volna?	1	2	3	4	5
10. Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
11. Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnereddel a játék miatt?	1	2	3	4	5
12. Milyen gyakran fordul elő, hogy nemet mondasz egy programra, mert inkább játszani szeretnél?	1	2	3	4	5
13. Milyen gyakran érzed úgy játék közben, mintha	1	2	3	4	5



megállna az idő?

14. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál játszani?	1	2	3	4	5
15. Milyen gyakran érzed úgy, hogy játék problémákat okoz számodra?	1	2	3	4	5
16. Milyen gyakran választod a játszást ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?	1	2	3	4	5
17. Milyen gyakran fordul elő, hogy annyira belemerülsz a játékba, hogy észre sem veszed, hogy megéheztél?	1	2	3	4	5
18. Milyen gyakran fordul elő, hogy ideges leszel vagy kiborulsz, ha nem tudsz játszani?	1	2	3	4	5

	Obszesszió	Belefeledkezés	Megvonás	Túlhasználat	Interperszonális konfliktus	Társas izoláció
	Preoccupation	Immersion	Withdrawal	Overuse	Interpersonal conflicts	Social isolation
POGQ-18	<b>1, 7</b>	<b>2, 8, 13, 17</b>	<b>3, 9, 14, 18</b>	<b>4, 10, 15</b>	<b>5, 11</b>	<b>6, 12, 16</b>
POGQ-12	<b>1, 7</b>	<b>2, 8</b>	<b>3, 14</b>	<b>4, 10</b>	<b>5, 11</b>	<b>6, 12</b>

## 8.4.4 Az Online Játzás Motivációja Kérdőív (MOGQ)

Az emberek különböző okok miatt játszanak online játékokat. Az alábbi listán ilyen okok vannak felsorolva.

Kérjük, hogy a megadott kategóriákat alkalmazva, minden állításnál jelöld meg, hogy Te milyen gyakran játszol online játékokat az egyes okokból kifolyólag! Nincsenek jó vagy rossz válaszok! Arra vagyunk csak kíváncsiak, hogy **Te miért játszol**.

	<b>Azért játszom online játékokat ...</b>	soha / majdnem soha	időnként	az esetek felében	az esetek nagyobb részében	majdnem mindig / mindig
1.	... mert új embereket ismerhetek meg	1	2	3	4	5
2.	... mert a játék segít elfeledtetni a mindennapi gondokat	1	2	3	4	5
3.	... mert élvezem a másokkal való versengést	1	2	3	4	5
4.	... mert a játék segít, hogy jobb hangulatba kerüljek	1	2	3	4	5
5.	... mert a játék kielezi az érzéseimet	1	2	3	4	5
6.	... mert olyan dolgokat tehetek meg, amiket a valóságban nem áll módomban vagy nem szabad megtenni	1	2	3	4	5
7.	... hogy kikapcsolódjak	1	2	3	4	5
8.	... mert sok különféle embert meg lehet ismerni	1	2	3	4	5
9.	... mert elfeledtetni velem az igazi életet	1	2	3	4	5
10.	... mert szeretek győzni	1	2	3	4	5
11.	... mert segít levezetni a feszültséget	1	2	3	4	5
12.	... mert fejleszti az ügyességemet	1	2	3	4	5
13.	... hogy belebújhassak valaki más bőrébe	1	2	3	4	5
14.	... mert szórakoztat	1	2	3	4	5
15.	... mert jó társasági élmény	1	2	3	4	5
16.	... mert a játékkal elmenekülhetek a valóság elől	1	2	3	4	5
17.	... mert jó érzéssel tölt el, hogy jobb vagyok, mint mások	1	2	3	4	5
18.	... mert segít levezetni az agressziót	1	2	3	4	5

## dc\_372\_12

19.	... mert fejleszti a koncentrációs képességemet	1	2	3	4	5
20.	... hogy kibújhassak a bőrömből egy időre	1	2	3	4	5
21.	... mert élvezem a játékot	1	2	3	4	5
22.	... mert a játék összehoz másokkal	1	2	3	4	5
23.	... hogy elfelejtsem, ha valami kellemetlenség ért vagy valami megbántott	1	2	3	4	5
24.	... mert nagy sikerélmény másokat legyőzni	1	2	3	4	5
25.	... mert csökkenti a stresszt	1	2	3	4	5
26.	... mert fejleszti a koordinációs készségemet	1	2	3	4	5
27.	... mert ilyenkor egy másik világban lehetek	1	2	3	4	5

Társas	Eszképizmus	Versengés	Coping	Készségfejlesztés	Fantázia	Rekreáció
Social	Escape	Competition	Coping	Skill development	Fantasy	Recreation
<b>1, 8, 15, 22</b>	<b>2, 9, 16, 23</b>	<b>3, 10, 17, 24</b>	<b>4, 11, 18, 25</b>	<b>5, 12, 19, 26</b>	<b>6, 13, 20, 27</b>	<b>7, 14, 21</b>

#### 8.4.5 A Testedzés Függőség Skála (EBS) 2\_12

Kérjük, az alábbi állítások mindegyikét jellemezze a szerint, hogy az mennyire jellemző Önre! Az egyes állításokat a *jelenlegi* elképzelései, illetve az *elmúlt 3 hónapban jellemző* testedzési szokásaira vonatkozóan értékelje. Ha az állítás soha nem jellemző Önre, akkor az 1-es számot karikázza be, ha mindig, akkor a 6-os számot jelölje meg. Köztes esetekben a többi szám valamelyikének a bekarikázásával jelölje, hogy mennyire jellemző Önre az állítás.

Kérjük, minden állítás mellett jelölje meg azt a számot, amelyet megfelelőnek tart.

		Soha					Mindig
1	Azért edzek, hogy megszabaduljak a kellemetlen érzésektől.	1	2	3	4	5	6
2	A visszatérő testi problémáim ellenére is folytatom az edzéseket.	1	2	3	4	5	6
3	Folyamatosan növelem az edzéseim intenzitását annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
4	Képtelen vagyok lerövidíteni az edzésidőmet.	1	2	3	4	5	6
5	Szívesebben edzek, minthogy a családommal vagy a barátaimmal töltssem az időmet.	1	2	3	4	5	6
6	Sok időt szánok az edzéseimre.	1	2	3	4	5	6
7	Általában többet edzek, mint amennyit eredetileg eltervezek.	1	2	3	4	5	6
8	Azért edzek, hogy megszabaduljak a szorongó érzéseimtől.	1	2	3	4	5	6
9	Sérülten is edzek.	1	2	3	4	5	6
10	Egyre többet edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
11	Képtelen vagyok arra, hogy ritkábban járjak edzeni.	1	2	3	4	5	6
12	Olyankor is az edzésen jár az eszem, amikor a munkámra/tanulásra kellene koncentrálnom.	1	2	3	4	5	6
13	A szabadidőm nagyobb részét edzéssel töltöm.	1	2	3	4	5	6
14	Általában hosszabban edzek, mint amennyit tervezek.	1	2	3	4	5	6
15	Azért edzek, hogy megszabaduljak a feszültségektől.	1	2	3	4	5	6
16	A folyamatosan fennálló testi problémák ellenére is folytatom az edzéseimet.	1	2	3	4	5	6
17	Folyamatosan, egyre hosszabb ideig edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
18	Képtelen vagyok arra, hogy kisebb erőbedobással edzzek.	1	2	3	4	5	6
19	Azért is edzek, mert így kevesebb időt kell a családommal/barátaimmal töltenem.	1	2	3	4	5	6
20	Az időm igen jelentős része edzéssel telik.	1	2	3	4	5	6
21	Általában többet edzem, mint amennyit előre eltervezek.	1	2	3	4	5	6

## 8.4.6 A Testedzés Addikció Kérdőív (EAI)

A következő kérdések a sportolásról, testmozgásról, edzésről szólnak. Kérjük, az alábbi állítások mindegyikénél jelölje, hogy az milyen mértékben igaz Önre!

		Nagyon nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Inkább egyetértek	Nagyon egyetértek
a	A testedzés a legfontosabb dolog az életemben.	1	2	3	4	5
b	Konfliktusok adódnak köztem és a családom és/vagy partnerem között amiatt, hogy mennyit edzek.	1	2	3	4	5
c	A testedzést arra használom, hogy a hangulatomon változtassak (pl. hogy kellemesebben érezzem magam, vagy hogy ne kelljen a problémáimmal foglalkoznom).	1	2	3	4	5
d	Az elmúlt időszak során növeltem a napi edzésmennyiségemet.	1	2	3	4	5
e	Ha ki kell hagynom egy edzést, rosszkedvű és ideges leszek.	1	2	3	4	5
f	Ha lecsökkentem a szokásos edzésmennyiségemet, akkor amikor újra elkezdem az edzést, addig folytatom, amíg az eredeti mennyiséget el nem érem.	1	2	3	4	5

## 8.4.7 A South Oaks Szerencsejáték Kérdőív (South Oaks Gambling Screen, SOGS) magyar változata

1/a.			
	<p>Kérjük, jelölje minden egyes alábbi szerencsejáték-típus esetében, hogy <b>valaha életében</b> kipróbálta-e azt?</p> <p>Minden típus esetén (azaz minden sorban) egy választ jelöljön meg!</p>	<b>Soha</b>	<b>Igen, játszottam már ilyen</b>
a	kártyázás pénzben	0	1
b	fogadás lóversenyre, kutyaftuttatásra vagy egyéb állatokra történő fogadás (akár a verseny helyszínén, akár fogadóirodán keresztül vagy máshogy)	0	1
c	sportfogadás (pl. Totó, Góltotó, Tippmix)	0	1
d	kockajáték pénzben	0	1
e	kaszinózás	0	1
f	lottózás vagy egyéb olyan játék, ahol számokra lehet fogadni (tippelni) (pl. Kenó, Luxor, Puttó)	0	1
g	sorsjegyek (pl. Legyen Malaca, Astro, Méhecske, Bankó, Fáraók kincse stb.)	0	1
h	tőzsdézés (rövid távú tőzsdei tranzakciók), valutázás	0	1
i	játék nyerőgépen (póker gép, gyümölcsös, rulettautomata vagy egyéb játékgép)	0	1
j	internet-kaszinózás	0	1
k	biliárdozás, bowlingozás, tekézés, golfozás vagy egyéb ügyességi játék pénzben	0	1
l	egyéb szerencsejáték	0	1

1/b.	<p>Kérjük, jelölje minden egyes alábbi szerencsejáték-típus esetében, hogy előfordult-e Önnel <b>valaha az életében</b>, hogy az adott játékot „hetente vagy sűrűbben, mint hetente” játszotta? Amennyiben előfordult ilyen, kérjük jelölje azt is, hogy mikor!</p> <p>Minden típus esetén (azaz minden sorban) egy választ jelöljön meg!</p>				
		<p>Játszottam már hetente...</p> <p>az <b>ELMÚLT HÓNAP</b> során</p> <p>az <b>ELMÚLT ÉV</b> során</p> <p>régebben, mint egy <b>ÉVE</b></p>			<p><b>SOHA NEM</b></p> <p>játszottam hetente</p>
a	kártyázás pénzben	3	2	1	0
b	fogadás lóversenyre, kutyaftuttatásra, vagy egyéb állatokra történő fogadás	3	2	1	0
c	sportfogadás (pl. Totó, Góltotó, Tippmix)	3	2	1	0
d	kockajáték pénzben	3	2	1	0

e	kaszinózás	3	2	1	0
f	lottózás, vagy egyéb olyan játék, ahol számokra lehet fogadni (tippelni) (pl. Kenő, Luxor, Puttó)	3	2	1	0
g	sorsjegyek (pl. Legyen Malaca, Astro, Méhecske, Bankó, Fáraók kincse stb.)	3	2	1	0
h	tőzsdézés (rövid távú tőzsdei tranzakciók), valutázás	3	2	1	0
i	játék nyerőgépen (póker gép, gyümölcsös, rulett automata vagy egyéb játék gép)	3	2	1	0
j	internet-kaszinózás	3	2	1	0
k	biliárdozás, bowlingozás, tekézés, golfozás vagy egyéb ügyességi játék pénzben	3	2	1	0
l	egyéb szerencsejáték	3	2	1	0

**Az alábbi kérdéseknél kérjük, jelölje x-szel azt a választ, amelyik igaz Önre!**

2.	<i>Mi az a legnagyobb összeg, amit Ön valaha egy nap leforgása alatt összesen megkockáztatott? (Nem a legnagyobb térről van szó, hanem hogy az adott napon összesen mennyi pénzt tett fel a játékra; függetlenül attól, hogy milyen eredménnyel!)</i>	
a	soha nem játszottam pénzben	
b	100 Ft vagy annál kevesebb	
c	100 és 1 000 Ft közötti összeg	
d	1 000 és 10 000 Ft közötti összeg	
e	10 000 és 100 000 Ft közötti összeg	
f	100 000 és 1 000 000 Ft közötti összeg	
g	több mint 1 000 000 Ft	

3.	<i>A szüleinek vannak (voltak) szerencsejáték problémái?</i>	
a	Mindkét szülőm sokat szerencsejátékozik/szerencsejátékozott.	
b	Az apám sokat szerencsejátékozik/szerencsejátékozott.	
c	Az anyám sokat szerencsejátékozik/szerencsejátékozott.	
d	Egyik szülőm sem szerencsejátékozik/szerencsejátékozott sokat.	

4.	<i>Amikor szerencsejátékot játszik és veszít, milyen gyakran fordul elő, hogy egy másik napon visszamegy azért, hogy visszanyerje az elvesztett pénzét?</i>		
	a	soha	
	b	néha (kevesebb, mint az olyan esetek felénél, amikor veszítek)	
	c	gyakran (az olyan esetek több mint felénél, amikor veszítek)	
	d	mindig visszamegyek, amikor veszítek	

5.	<i>Előfordult-e valaha, hogy azt állította, hogy nyert a szerencsejátékon, miközben ez nem volt igaz, mert valójában veszített?</i>		
	a	soha (vagy soha nem játszott még)	
	b	igen, de kevesebbszer, mint a vesztes játékok felénél	
	c	igen, ez gyakran előfordul	

6.	<i>Érzése szerint volt már valaha problémája a szerencsejáték miatt?</i>		
	a	nem	
	b	igen, korábban volt, de jelenleg már nincs	
	c	igen, jelenleg is	

7.	<i>Előfordult-e valaha, hogy többet játszott annál, mint amennyit eredendően szándékozott?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

8.	<i>Előfordult-e Önnel valaha, hogy mások szóvá tették, hogy szerencsejátékozik?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

9.	<i>Előfordult-e Önnel valaha, hogy bűntudatot érzett a szerencsejátékozása, vagy annak következményei miatt?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

10.	<i>Volt-e valaha olyan érzése, hogy szeretné abbahagyni a szerencsejátékot, miközben úgy gondolta, hogy erre nem lenne képes?</i>		
	a	igen	
	b	nem	



11.	<i>Előfordult-e valaha, hogy rejtegette a fogadószelevényt, a lottószelevényt, valamilyen más, szerencsejátékkal kapcsolatos tárgyat vagy a bankszámlát a férje/felesége, gyermeke vagy más, az Ön számára fontos személy előtt?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

12.	<i>Volt-e valaha nézeteltérése családtagjaival azzal kapcsolatban, hogy miként bántik Ön a pénzzel?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

13.	<i>Amennyiben az előző (12.) kérdésre igennel válaszolt: Előfordult-e valaha, hogy az anyagiakkal kapcsolatos viták központjába a szerencsejáték került?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

14.	<i>Előfordult-e Önnel valaha, hogy kölcsönkért valakitől, majd nem fizette vissza a tartozását a játék miatt?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

15.	<i>Előfordult-e valaha, hogy elkésett a munkából (vagy az iskolából) a szerencsejáték miatt?</i>		
	a	igen	
	b	nem	

16.	<i>Amennyiben előfordult Önnel valaha, hogy pénzt kért kölcsön a játékra vagy azért, hogy a játékkal kapcsolatos adósságait rendezze, kitől vagy honnan kölcsönözte a pénzt, illetve miből fedezte a kiadást? Kérjük, minden sorban jelölje meg az „igen” vagy a „nem” válasz valamelyikét!</i>			
			igen	nem
	a	a családi kasszából		
	b	férjétől/feleségétől		
	c	más hozzátartozójától vagy rokonától		
	d	banktól vagy hitelintézettől		
	e	hitelkártyáról		
	f	uzsorástól		
	g	pénzzé tette részvényeit, kötvényeit vagy egyéb értékpapírjait		
	h	eladott valamilyen saját vagy családi tulajdont		
	i	nem létező fedezetet próbált felhasználni		
	j	a kocsmában/presszóban van (volt) rendszeres hitele		
	k	a játékteremben, kaszinóban van (volt) rendszeres hitele		

**KIÉRTÉKELÉS**

Minden az alábbiakban felsorolt válasz 1 pontot ér (lehetséges pontszám: 0–20):

- 4. kérdés: c vagy d
- 5. kérdés: b vagy c
- 6. kérdés: b vagy c
- 7. kérdés: a
- 8. kérdés: a
- 9. kérdés: a
- 10. kérdés: a
- 11. kérdés: a
- 13. kérdés: a
- 14. kérdés: a
- 15. kérdés: a
- 16. kérdés a–i: valamennyi igen válasz 1 pont

## 8.4.8 A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) magyar változata

Jelölje, hogy milyen gyakran fordultak elő Önnel az alábbiak az **elmúlt 12 hónap** során!

Milyen gyakran fordult elő Önnel AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN, hogy ...	soha	néha	gyakran	majdnem mindig
1. ... nagyobb összeget kockáztatott, mint amekkora veszteséget megengedhet magának?	0	1	2	3
2. ... nagyobb összeget kellett kockáztatnia ahhoz, hogy ugyanazt az izgalmat élhesse át, mint korábban?	0	1	2	3
3. ... hogy egy veszteséget követően rövid időn belül visszament, hogy visszanyerje a korábban elveszített pénzét?	0	1	2	3
4. ... pénzt kért kölcsön valakitől vagy eladott valamit, hogy pénzhez jusson a játékhöz?	0	1	2	3
5. ... úgy érezte, hogy problémája van a szerencsejátékkal kapcsolatosan?	0	1	2	3
6. ... a szerencsejáték miatt valamilyen egészségügyi problémája volt; beleértve a stresszt és a szorongást is?	0	1	2	3
7. ... mások szóvá tették, hogy Ön szerencsejátékozik, vagy azt mondták, hogy Önnek problémája van a szerencsejátékkal (függetlenül attól, hogy Ön szerint igazuk volt vagy sem)?	0	1	2	3
8. ... anyagi nehézségei támadtak Önnek vagy az Önnel együtt élőknek a szerencsejáték miatt?	0	1	2	3
9. ... bűntudatot érzett a szerencsejátékozása vagy annak következményei miatt?	0	1	2	3

**Kiértékelés:**

**0** pont: problémamentes játékos

**1–2** pont: alacsony problémájú játékos

**3–7** pont: közepesen problémás játékos

**8–...** pont: kifejezetten problémás játékos

## 8.4.9 A Munkafüggőség Kockázata Kérdőív (WART)

Kérjük, az alábbi állítások mindegyikét jellemezze a szerint, hogy az milyen gyakran jellemző Önre!

		soha	néha	gyakran	mindig
1	Türelmetlen leszek, ha várnom kell valakire, vagy ha valami túl sokáig tart.	1	2	3	4
2	Úgy tűnik, rohanásban élek, és folyamatos versenyben vagyok az idővel.	1	2	3	4
3	Saját magam által kijelölt határidőkkel igyekszem maximalizálni a teljesítményemet.	1	2	3	4
4	Felteszem ugyanazt a kérdést ismételten, anélkül, hogy észrevenném, hogy már kaptam rá választ.	1	2	3	4
5	Ingerült leszek, ha valaki megzavar, miközben valamivel el vagyok foglalva.	1	2	3	4
6	Egyfolytában elfoglalt vagyok, egyszerre több vasat tartok a tűzben.	1	2	3	4
7	Több időt töltök munkával, mint barátokkal, hobbival vagy szabadidős tevékenységekkel.	1	2	3	4
8	Fejest ugrok a munkákba, mielőtt a munka minden szakaszát végiggondolnám, csak, hogy mielőbb nekiláthassak.	1	2	3	4
9	Elvesztem a türelmemet, ha a dolgok nem úgy történnek, ahogy én szeretném.	1	2	3	4
10	Sokszor azt veszem észre, hogy egyszerre két-három dolgot is csinállok. Például ebéd közben jegyzetek és telefonálok.	1	2	3	4
11	Több időt és erőfeszítést fordítok a munkámra, mint a barátaimmal és a szeretteimmel való kapcsolatomra.	1	2	3	4
12	Már azelőtt meghozok fontos döntéseket, hogy az összes információ a rendelkezésemre állna és végiggondolhatnám a dolgot.	1	2	3	4
13	Dühös leszek, ha valaki nem felel meg az én tökéletességre vonatkozó elvárásaimnak.	1	2	3	4
14	Túlvállalom magam; több munkát vállallok el, mint amennyit el tudok végezni.	1	2	3	4
15	Nehezemre esik lazítani, amikor nem dolgozom.	1	2	3	4
16	Idegessé leszek, ha olyan helyzetbe kerülök, melyet nem tudok kontrollálni.	1	2	3	4

Kontroll	Túlhajszoltság	Elhanyagolás	Impulzivitás
<b>1, 5, 9, 13, 16</b>	<b>2, 6, 10, 14</b>	<b>3, 7, 11, 15</b>	<b>4, 8, 12</b>

## 8.4.10 A Ridgway-féle Kényszeres Vásárlás Skála (CBS)

Az emberek különböző mértékben vásárolnak különböző termékeket. Kérjük jelölje 7-fokú skálán, hogy Önre mennyire jellemzőek az alábbi kijelentések (1 – nagyon nem jellemző, 7 – nagyon jellemző)! Kérjük, hogy bolti és internetes vásárlásait egyaránt vegye figyelembe válaszadásnál!

	nagyon nem jellemző	1	2	3	4	5	6	7	nagyon jellemző
1. Felbontatlan csomagok vannak a szekrényemben	1	2	3	4	5	6	7		
2. Mások szerint kényszeres vásárló vagyok	1	2	3	4	5	6	7		
3. Az életem egy jelentős része a vásárlásról szól	1	2	3	4	5	6	7		
4. Vásárolok olyan dolgokat, amelyekre nincs szükségem	1	2	3	4	5	6	7		
5. Vásárolok olyasmit, amit nem terveztem megvenni	1	2	3	4	5	6	7		
6. Gyakran, pillanatnyi készletének hatására vásárolok	1	2	3	4	5	6	7		

Kényszeres vásárlás	Impulzív vásárlás
<b>1, 2, 3</b>	<b>4, 5, 6</b>

#### 8.4.11 Az Edwards-féle Kényszeres Költség Skála (CSS)

dc\_372\_12

Az emberek eltérő módon viszonyulnak a vásárláshoz. Az alábbiakban olyan állításokat olvashat, amelyek a vásárlási szokásokkal, illetve az ezzel kapcsolatos érzésekkel foglalkoznak. Kérjük, jelezze, hogy mennyire tartja az egyes állításokat jellemzőnek önmagára nézve! Kérjük, hogy bolti és internetes vásárlásaira egyaránt gondoljon.

	nem jellemző	inkább nem jellemző	jellemző is, meg nem is	inkább jellemző	jellemző
1. Utálok vásárolni (6R)	1	2	3	4	5
2. Egy-egy „vásárlási roham” után szorongok (18)	1	2	3	4	5
3. Vásárolni jó (9)	1	2	3	4	5
4. Aggódom a vásárlási szokásaim miatt, mégis vásárolok és pénzt költök (17)	1	2	3	4	5
5. Csak akkor vásárolok, ha muszáj (7R)	1	2	3	4	5
6. A „vásárlási rohamok” után szégyellem magam vagy büntudatom van (23)	1	2	3	4	5
7. Fel vagyok dobva, amikor vásárló körútra indulok (14)	1	2	3	4	5
8. Adósságaim problémát okoznak otthon vagy a munkahelyemen (27)	1	2	3	4	5
9. Csak kevés vagy semennyi örömöm sem származik a vásárlásból (5R)	1	2	3	4	5
10. A pénzköltési szokásaim káoszt teremtenek az életemben (2)	1	2	3	4	5
11. Eltitkolom a vásárlási szokásaimat és a megvett dolgokat a családom vagy a barátaim elől (22)	1	2	3	4	5
12. Veszek olyan dolgokat, amelyeket nem engedhetnék meg magamnak (19)	1	2	3	4	5
13. Úgy érzem, hogy a számlák kifizetése után megmaradó összes pénzem el kell költenem (13)	1	2	3	4	5
14. Olyan dolgokat is megveszek, amelyekre nincs szükségem vagy nem fogok használni (26)	1	2	3	4	5
15. Vásárolok és költök olyankor is, amikor nincs szükségem semmire (25)	1	2	3	4	5
16. Akkor is késztetést érzek a vásárlásra, mikor nincs rá pénzem vagy időm (3)	1	2	3	4	5
17. Néha megmagyarázhatatlan kényszert érzek arra, hogy vásárolni menjek (29)	1	2	3	4	5
18. A következő vásárlókörutam köré összpontosítom a napomat (20)	1	2	3	4	5
19. Néha „vásárlási rohamaim” vannak (12)	1	2	3	4	5
20. Sokszor, egyáltalán nem is hordom vagy használom azokat a holmikat, amiket megveszek (21)	1	2	3	4	5
22. Visszaviszem a megvásárolt árut (24)	1	2	3	4	5
23. Általában minden pénzemet elköltöm minden hónapban, ami megmarad a számlák kifizetése után (1)	1	2	3	4	5

**Megjegyzés:** A tételek után zárójelben az eredeti tételszám szerepel. Az „R” a fordított tételeket jelöli.

Élvezet	Problémás vásárlás
<b>1R, 3, 5R, 7, 9R</b>	<b>2, 4, 6, 8, 10, 11–23</b>

R = fordított tétel.

## 8.4.12 A Lejoyeux-féle Vásárlási Viselkedés Kérdőív (QABB)

Az alábbiakban a vásárlási szokásokkal kapcsolatos kérdéseket olvashat. Kérjük, minden kérdés esetében gondolja át, hogy az igaz-e Önre vagy sem, és ennek megfelelően karikázza be a kérdés mellett található számok valamelyikét. Amennyiben az adott kérdésre IGEN-nel válaszolna, karikázza be az 1-et, ha NEM-mel, akkor a 0-t!

Ez a kérdőív nem teszt, itt nincsenek jó vagy rossz válaszok, csak arra kérjük, hogy őszintén válaszoljon! Fontos, hogy valamennyi kérdésnél karikázza be valamelyik választ! Köszönjük a segítségét! Kérjük, hogy bolti és internetes vásárlásaira egyaránt gondoljon.

		Igen	Nem
1.	Érzett-e már valaha ellenállhatatlan vágyat arra, hogy vásároljon valamit, bármi is legyen az? (1)	1	0
2.	Vásárolt-e valaha olyan tárgyat, aminek megvétele miatt problémái akadtak bankjánál? (11)	1	0
3.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy az Ön által vásárolt tárgy(ak) miatt meg nem értettséget és kirekesztettséget tapasztalt? (10)	1	0
4.	Vásárol-e valamit legalább havonta egyszer úgy, hogy azt a pillanat hevében teszi? (18)	1	0
5.	Vásárolt-e valaha olyan tárgyat, aminek megvételéből jogi bonyodalmak származtak? (12)	1	0
6.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy az Ön által vásárolt tárgy(ak) miatt szemrehányást kapott családjától vagy barátaitól? (9)	1	0
7.	Vannak-e olyan időszakai, amikor a bőkezűség ellenállhatatlan érzése miatt túlságosan sokat vásárol? (17)	1	0
8.	Rendszeresen feszültnek és idegesnek érzi magát, mielőtt megvásárol valamit? (15)	1	0
9.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy az Ön által vásárolt tárgyakat elrejtette családjá vagy barátai elől? (6)	1	0
10.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy szándékosan elkerült valamilyen boltot azért, mert attól félt, ha bemenne, túl sokat vásárolna ott? (4)	1	0
11.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy a vásárlás iránti vágy miatt elmulasztott egy találkozót egy barátjával? (7)	1	0
12.	Vásárolt-e már valaha olyan dolgot, amit később feleslegesnek ítélt? (2)	1	0
13.	Előfordult-e Önnel valaha, hogy idegesnek, izgatottnak vagy ingerültnek érezte magát azért, mert nem tudott megvásárolni valamit? (3)	1	0

*Megjegyzés:* A tételek után zárójelben az eredeti tételszám szerepel.

Késztetés	Negatív következmények	Társas következmények
1, 4, 7, 10, 12, 13	2, 5, 8, 11	3, 6, 9